Floridablanca (Santander), 18 MAR 2026

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA

PN RASES No 5 MIC 018 2026

La Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 5, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de proporcionar la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.."**

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta el presupuesto de la presente contratación, el cual no supera el 10% de la menor cuantía de la entidad, se debe realizar mediante la modalidad de mínima cuantía, en los términos indicados en el Decreto 1082 de 2015 artículo 2.2.1.2.1.5.2 Procedimiento para contratación mínima cuantía. Las siguientes reglas son aplicables a la contratación cuyo valor no excede del 10% de la menor cuantía de Entidad Estatal, independientemente de su objeto.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. **DATOS DEL PROCESO**

OBJETO

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO"

UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
85121600	Servicios de Salud	Práctica médica	Servicios médicos de doctores especialistas	Servicios médicos de doctores especialistas

PRESUPUESTO

El valor estimado de la contratación asciende a la suma de **CIENTO DIECISIETE MILLONES PESOS M/CTE ($ 117.000.000)** IVA INCLUIDO, así:

VIGENCIA	ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANT	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA
2026	1	02.02.02.009.03.01	RASES No.5	SERVICIOS MÉDICOS DE CLINICA DEL DOLOR	16	1	$ 117.000.000	$ 117.000.000
VALOR TOTAL ESTIMADO								$ 117.000.000

Anterior presupuesto amparado en el certificado de disponibilidad Presupuestal **SIIF Nro.** 37226 y **QUIPU Nro.** 167 del 18 de marzo de 2026, expedido por la Jefe de Presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 5.

PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución iniciara a partir de la aprobación de la garantía única y expedición de la carta de inicio hasta el **31 de agosto de 2026** o hasta agotar presupuesto o lo primero que ocurra.
LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Los servicios de salud objeto de la presente invitación, se prestarán en las instalaciones ofrecidas por el Contratista y que sean aprobadas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5. -RASES-, en el municipio de Bucaramanga o su área metropolitana.
FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	La forma de ejecución del presente contrato procederá por evento. Para la prestación de servicios médicos, el CONTRATISTA deberá contar con la autorización escrita y exclusiva de la Oficina de Redes Integrales de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 y deberán respetarse las limitaciones descritas en las especificaciones técnicas mínimas. Así mismo y para efectos de facilitar la ejecución del contrato, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 ha aplicado en concordancia con el Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Así como las establecidas en la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008. Por ello en lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008, ésta Regional, ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación: 1. Por el correo electrónico desan.rases-rei@policia.gov.co • Verificación de Derechos ADRES. La verificación de derechos (Según el Decreto 4747 de 2007) la realiza la entidad, previo al diligenciamiento de cualquiera de los anexos, para esto solo basta con realizar la consulta en el link afiliaciones. Así mismo es importante que la entidad realice la verificación en la página de la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud ADRES, realizando los respectivos reportes. Adicionalmente los aseguradores y prestadores con los cuales se tiene relación contractual, deben tener en cuenta los parámetros establecidos en la presente invitacion, con el fin de verificar el tipo de afiliación del usuario y su documento de identidad. **Nota 1:** Se aclara que la Dirección de Sanidad continúa implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el acuerdo 002 de abril del 2001 y acuerdo 080 del 2022. **Nota 2:** Los servicios requeridos por la Regional que no hayan quedado descritos en el "Anexo ESPECIFICACIONES TÉCNICAS" y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas, mediando solicitud del Supervisor del Contrato. En caso de no existir referente para el cobro de estos servicios, el Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante, la cual será objeto de revisión por el Supervisor del Contrato, quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad, y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes, los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría

	Médica, debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia al siguiente correo disan.rases-rei@policia.gov.co mediante el cual, se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente, sobre Referencia y solicitud de autorizaciones, Decreto 4747 de 2007 y las demás normas que lo modifiquen
FORMA DE PAGO	La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO,** previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. **NOTA:** Para todos los casos se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007 que hace referencia a la asignación de turno para efectuar los pagos una vez se presenten las cuentas de cobros o facturas por servicios recibidos, si los documentos en referencia son devueltos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. Para el trámite de pago **EL CONTRATISTA** deberá cumplir con los siguientes requisitos: **1.** 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 radicación en la ventanilla única de central de cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el Coordinador del contrato, con los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en salud N° 5, de acuerdo al derecho a turno y al programa anual mensualizado de caja (PAC). **2.** Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. **3.** Si el acta de entrega y/o recibido no ha sido bien elaborada o no se acompaña a esta de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregida el acta o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos. **4.** Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente las respectivas actas a la Regional de Aseguramiento en salud N° 5. **5.** Todos los pagos a que se compromete la Regional, serán cancelados dentro de los treinta (30) días hábiles siguiente a aquel en que haya sido radicada la respectiva factura en la ventanilla única de central de cuentas y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad. **6.** Los documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MÉDICOS y SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS se enumeran a continuación: Enviar la facturación a REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N° 5 ubicada en la transversal 154 N° 24 – 145 local 10 Barrio bosque – Floridablanca. **7.** Las facturas cargadas al contrato por prestación de servicios médicos o medicamentos deben ser entregadas **EN MEDIO FÍSICO** los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, , junto

con el certificado de pre-radicado del módulo de radicación de cuentas médicas y los RIPS en medio magnético (CD), en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes y requisitos:

- **FACTURACIÓN ELECTRÓNICA** Resolución 0042 del 05 de mayo de 2020, 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 dirigido a nombre de: "REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5" con NIT. 804.012.688-5 con los 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.
- Las Facturas electrónicas beberán ser enviadas al correo electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co de acuerdo a previa instrucción brindada por el Coordinador del contrato), así mismo, dichas facturas deberán ser cargadas al módulo del SISAP WEB (RECUM) de la policía Nacional en el siguiente link: **https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/vista/frlogin.aspx**
  Nota: las entidades que aún no cuentan con USUARIO Y CONTRASEÑA del módulo del SISAP WEB de la policía Nacional, deberán enviar la siguiente información al correo: edison.bravo3666@correo.policia.gov.co con el fin de ser asignado:

CODIGO DE HABILITACIÓN	NIT	IPS	NOMBRES	CEDULA	TELÉFONO OFICINA	FECHA INICIO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	FECHA FINAL DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	EMAIL

- Las facturas deben estar dirigidas a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 NIT 804.012.688-5
- Enviar el CD con la información de los RIPS anexo a la factura
- Una vez estén radicadas en el módulo SISAP WEB (RECUM), las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar.
- El correo para recibir la facturación electrónica es siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co,
- De acuerdo a la Ley General de Archivos (594 del 2000) para entidades del estado, las facturas deben estar legajadas al lado izquierdo con gancho plástico con un máximo de 250 folios en carpeta propalcote doble tapa tamaño oficio.
- No se permiten facturas de multiusuarios
- Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo y calificación o readmisión expedido por la DIAN, donde le confirma la permanencia de entidad sin Ánimo de lucro
- los RIPS deben de estar cargados en el módulo SISAP WEB (RECUM) (Registro de cuentas Medicas), posterior a esto se debe imprimir el pre-radicado y anexarlo como caratula en las facturas a entregar de forma física en la ventanilla única de central de cuentas
- Es un solo pre-radicado por la cantidad de facturas que se carguen y un solo CD
- Anexo a la Facturación debe de llegar el CD con la información de los RIPS, datos que deben estar completos y sin errores (información diligenciada por cada IPS).
- Las entidades al momento de elaborar las factura de venta debe de enviarla al buzón electrónico de siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, los pasos a seguir se encuentran en **la circular externa 016 y 020, del Ministerio de Hacienda y Crédito Publico SIIF NACION.**

Una vez todos los documentos lleguen a central de cuentas se procederá a dar cumplimiento a la guía de gestión contractual en el SECOP II (Colombia Compra Eficiente), con lo establecido en el capítulo VI "seguimiento a la ejecución contractual", literal d) "Aprobación de facturas" descripto de la siguiente manera:

- Aprobación de facturas una vez que los proveedores completan sus entregas y le envían a la

Entidad Estatal las facturas correspondientes, la persona designada en la Entidad Estatal (generalmente del área financiera) debe de ingresar al SECOP II, consultar las facturas y aprobarlas o rechazarlas.

- La plataforma solicita que los proveedores deben de llevar la factura en físico a la entidad antes de ingresarla al SECOP II de esta manera las unidades en el ámbito nacional, deberán verificar la información para aprobación de las facturas de los contratos.
- El Certificado de Parafiscal debe de estar dirigido a Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5, con fecha al día, informando que la entidad se encuentra a paz y salvo, firmado por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal.
- Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura electrónica 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 Regional de Aseguramiento en salud Nº 5
- 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 paciente).
- 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.

Asimismo, de acuerdo con la circular externa No. 016 del sistema integrado de información Financiera SIIF Nación de fecha 09 de marzo de año 2021; solicita a todos los Representantes legales, secretarios generales, ordenadores del Gasto, Áreas Financieras, Coordinadores y usuarios del SIIF Nación; con el fin de realizar el proceso de recepción de Facturas electrónicas de venta, notas debido y notas crédito. La administración del SIIF nación implemento el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, notas debido y /o notas crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las entidades que hacen parte del presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020. Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web. Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el Coordinador y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.

- De otra parte se debe tener en cuenta que de acuerdo con la Resolución 2275 del 28 de diciembre del 2023 artículo 14, indica el tiempo que dispone la entidad que realiza la facturación electrónica de venta en salud para el proceso de radicación ante el responsable de pago, de la siguiente manera: **"Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores.** Los facturadores electrónicos del sector salud disponen de **veintidós (22) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición de la factura electrónica** de venta con validación previa de la DIAN, para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y los demás soportes determinados

en la normatividad vigente.

- ***Parágrafo 1.*** El facturador electrónico del sector salud anulará la factura cuando no se haya realizado la radicación dentro del plazo previsto en este artículo, procediendo la expedición de una nueva factura para el cobro de los servicios y tecnologías prestados.

8. En Conclusión, **LA POLICÍA NACIONAL** sólo dará trámite a las facturas generadas por los servicios prestados objeto del presente contrato que no presenten objeciones.

OBJECIONES Y GLOSAS: DECRETO 441 DE 2022 Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Sección 4. Facturas de venta y glosas. Artículo 2.5.3.4.4.2 Aceptación de las glosas. La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicios de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por el Regional de Aseguramiento En Salud N° 5, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito electrónicas, subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada tácitamente y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad.

AUDITORIA DE CUENTAS. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N° 5, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según lo estipulado en la ley 1438 de 2011 articulo 57.

TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas". (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de sanidad policial, que no debe superar los sesenta (60) hábiles posteriores a la radicación).

"Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago".

CAUSALES DE NO PAGO: LA POLICÍA NACIONAL.

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.
- Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico". La Auditoría de Cuentas Médicas de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 concurrirá en el análisis y cumplimiento de lo aquí consagrado sobre dicho proceso.
- Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad.
- Servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).
- Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen
- Teniendo en cuenta que según el numeral 9 del artículo 1.6.1.4.1. del Decreto 1625 de 2016 y el numeral 25 del artículo 1 de la Resolución DIAN No. 000042 de 2020, disponen:

"Notas débito y notas crédito para la factura electrónica de venta: Las notas débito y notas crédito son documentos electrónicos que se derivan de las operaciones de venta de bienes y/o prestación de servicios que han sido previamente facturados, asociadas o no a una factura electrónica de venta, mediante el Código Único de Factura Electrónica -CUFE cuando sea el caso, las cuales se generan por razones de tipo contable y/o fiscal, cumpliendo las condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto señale la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN".

De acuerdo a lo anterior, se debe cumplir a cabalidad tanto contablemente como en materia tributaria debido a que las notas créditos son el soporte legal y fiscal de la NO cancelación o modificación del valor a pagar de la facturación emitida por las entidades teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas por parte de la oficina de Auditoria Médica y las diferentes entidades, así mismo, justifican el cambio o modificación en la base de las retenciones practicada por los diferentes conceptos.

NOTA Toda glosa conciliada y que tenga valores aceptados por IPS que dentro de la documentación no tengan su debida nota crédito y sea detectada por la oficina de Contabilidad, no será tramitada para pago en la oficina de Tesorería hasta que la novedad sea subsanada

NOTA 2: PROCESO DE RADICACION DE FACTURACION ELECTRONICA

Dentro de la ejecución del contrato se tendrá en cuenta que de acuerdo con la RESOLUCION 2275 DE 28/12/2023 "Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta FEV en salud y se dictan otras disposiciones" expedida por el Ministerio de Salud y Protección

	Social, se tendrá en cuenta el artículo 14 que indica el tiempo de que dispone la entidad que realiza la facturación electrónica de venta en salud para el proceso de radicación ante el responsable de pago de la siguiente manera: "Artículo 14. Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores. Los facturadores electrónicos del sector salud disponen de veintidós (22) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición de la factura electrónica de venta con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes determinados en la normatividad vigente. Una vez recibidos dichos documentos, la entidad responsable de pago o demás pagadores generará automáticamente el número único de radicación con fecha y hora, momento a partir del cual se entenderá radicada, procediendo el trámite de la misma en el plazo establecido en la Ley. Dichos datos serán informados al facturador electrónico del sector salud- conforme con el mecanismo establecido por las partes y al Ministerio de Salud y Protección Social a través del mecanismo que este determine. Parágrafo 1. El facturador electrónico del sector salud anulará la factura cuando no se haya realizado la radicación dentro del plazo previsto en este artículo, procediendo la expedición de una nueva factura para el cobro de los servicios y tecnologías prestados."
CAUSALES DE RECHAZO DE LA PROPUESTA O DECLARATORIA DESIERTA DEL PROCESO	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: **a.** Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. **b.** Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. **c.** Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. **d.** Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. **e.** Cuando el objeto social o actividad mercantil del proponente, indicado en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil no faculte a la sociedad o persona natural para desarrollar la actividad materia de la futura contratación, exigencia que aplica a cada uno de los integrantes de Consorcios, Uniones Temporales u otra forma de asociación, si hay lugar a ello. **f.** Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. **g.** Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. **h.** Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos. **i.** Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j.** **La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del plazo establecido en el requerimiento de la unidad.** **k.** En el evento de exigir oferta Total, ésta se rechaza si sobrepasa el presupuesto oficial asignado al proceso o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se permite la presentación de oferta parcial por grupo, se rechaza la oferta del grupo si sobre pasa el presupuesto oficial asignado al mismo o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se acepta oferta parcial por ítem, se

	rechaza la oferta del ítem si sobrepasa el precio estimado asignado al mismo. **l.** Cuando la oferta se registre en SECOP II en forma extemporánea o en un proceso diferente. De acuerdo, a los lineamientos del SECOP II la propuesta debe ser ingresada a la plataforma por parte de los proveedores en la fecha y hora indicada en la plataforma. En ningún caso la Regional de Aseguramiento No. 5 se hará responsable del retraso en el ingreso de las propuestas, toda vez que el aplicativo no es administrado por Regional de Aseguramiento No. 5, siendo única y exclusiva responsabilidad del proveedor disponer del tiempo necesario para el ingreso oportuno a la del cierre del presente proceso. **m.** Cuando la oferta no se ajuste a la forma de adjudicación establecida. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La Regional de Aseguramiento No. 5 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna la Aceptación de Oferta, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP. En los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.
FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	Se adjudicará el contrato en forma total al oferente con el **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO** aplicable a cada ítem; que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento con segundo **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO** y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado. No se aceptarán propuestas **ALTERNATIVAS**, de hacerse de esta manera no serán tenidas en cuenta. Solo se evaluará y se verificará aquella oferta que se encuentre completa y que cumpla con los requisitos señalados en la presente invitación. La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará mediante comunicación de aceptación de la oferta, la entidad manifestará a la aceptación expresa e incondicional de la misma, los datos de contacto de la entidad y del supervisor designado, con la publicación de la comunicación de aceptación en la plataforma del SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. De no quedar ningún oferente habilitado se declarará desierto el proceso, mediante comunicación motivada que se publicará en la plataforma del SECOP II.
FACTORES QUE SE TENDRÁN EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN	El único factor de evaluación económica es del MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo incluido IVA. Teniendo en cuenta que este proceso de contratación se realizará mediante la modalidad de Mínima Cuantía; siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas. La Unidad mediante el comité evaluador procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de mayor porcentaje único de descuento, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo

	para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del segundo mayor porcentaje único de descuento y así sucesivamente. Lo anterior, en cumplimiento a lo descrito en el numeral 8 del procedimiento de la mínima cuantía y las notas 99 y 100 de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014, del Manual de la Contratación en la Policía Nacional y lo establecido en los numerales 4° y 6° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP II, de acuerdo a lo citado en la **NOTA:** 101, de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014. (Manual de Contratación en la Policía Nacional). **NOTA 1:** No se reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el porcentaje de descuento a la oferta por el tiempo de ejecución del futuro contrato a celebrar, estos valores no estarán sujetos a ninguna clase de modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.
PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMPATE	En caso de empate, la entidad estatal aplicará los criterios del artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 conforme con los medios de acreditación del decreto 1860 de 2021, artículo 2.2.1.2.4.2.17. De continuar el empate, se escogerá para revisión y evaluación (entre las ofertas igualadas), la primera oferta presentada al proceso en la plataforma SECOP II.
ADJUDICACIÓN CON OFERTA ÚNICA	De acuerdo al Artículo 2.2.1.1.2.2.6 del Decreto 1082 de 2015, "*La Entidad Estatal puede adjudicar la Aceptación de Oferta cuando sólo se haya presentado una oferta siempre que cumpla con los requisitos habilitantes exigidos y satisfaga los requisitos de los pliegos de condiciones, sin perjuicio de las disposiciones especiales establecidas en la ley y el presente decreto para la subasta inversa, el concurso de méritos y las reglas particulares para los procesos con convocatoria limitada a las Mipymes*".
INFORMACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta. La oferta y su aceptación constituyen el contrato estatal.
ANÁLISIS DE GARANTÍAS: TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL RIESGO	Las contenidas en el **Anexo N° 2** de la presente Invitación.
INVITACIÓN VEEDURÍAS	QUE EN CUMPLIMIENTO EN LO DISPUESTO EN LA LEY 80 DE 1993, SE CONVOCA A TODAS LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS, PARA QUE PARTICIPEN EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL Y POSTCONTRACTUAL DEL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 80 DE 1993 Y LA LEY 850 DE 2003.

CONVOCATORIA LIMITADA A MIPYMES

De igual forma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021 y en concordancia con lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 34 de la Ley 2069 de 2020, el presente proceso

es susceptible de ser limitado a Mipymes, cuando se haya manifestado interés de por lo menos dos (02) Mipymes, con mínimo un (1) año de existencia, dentro del día hábil siguiente a la publicación de la invitación pública.

Por lo anterior se convoca a las MIPYMES interesadas para que, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.2 del decreto 1082 de 2015, realicen su solicitud de limitar la presente convocatoria a Mipymes, para lo cual deberán cumplir con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.4 del Decreto 1082 de 2015 así:

"1. Las personas naturales mediante certificación expedida por ellos y un contador público, adjuntando copia del registro mercantil.

2. Las personas jurídicas mediante certificación expedida por el representante legal y el contador o revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, adjuntando copia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o por la autoridad competente para expedir dicha certificación.

Para la acreditación deberán observarse los rangos de clasificación empresarial establecidos de conformidad con la Ley 590 de 2000 y el Decreto 1074 de 2015, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.

PARÁGRAFO 1. En todo caso, las Mipymes también podrán acreditar esta condición con la copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación.

PARÁGRAFO 2. Para efectos de la limitación a Mipymes, los proponentes aportarán la copia del registro mercantil, del certificado de existencia y representación legal o del Registro Único de Proponentes, según corresponda conforme a las reglas precedentes, con una fecha de máximo sesenta (60) días calendario anteriores a la prevista en el cronograma del Proceso de Contratación para el inicio del plazo para solicitar la convocatoria limitada.

PARÁGRAFO 3. En las convocatorias limitadas, las Entidades Estatales independientemente de su régimen de contratación, los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales y los particulares que ejecuten recursos públicos, solo deberán aceptar las ofertas de Mipymes o de proponentes plurales integrados únicamente por Mipymes.

PARÁGRAFO 4. Los incentivos previstos en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 y 2.2.1.2.4.2.3 de este Decreto no excluyen la aplicación de los criterios diferenciales para los emprendimientos y empresas de mujeres en el sistema de compras públicas."

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta escaneada en original y con los siguientes documentos en la página de Colombia Compra Eficiente – SECOP II así:

2.1 DE ORDEN JURÍDICO

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al **Formulario N° 1** de la presente invitación firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

- ✓ La Policía Nacional consultara Antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Certificado del Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas
- ✓ La Policía Nacional consultara el Certificación de Aportes Parafiscales:

Para Persona Jurídica: Certificación de Aportes Parafiscales suscrita por el Revisor Fiscal en caso que exista (*anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal*), de no contar con el revisor fiscal, la certificación será expedida por el representante legal. La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Para el caso de Persona Natural: Declaración juramentada, en la cual el oferente a nombre propio certifique el pago de los aportes parafiscales e indique que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de ley 789 de 2002. La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad. En caso de ser el proponente persona natural o jurídica sin personal a cargo y por ende no estar obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, certificará bajo la gravedad de juramento dicha situación.

- ✓ Compromiso anticorrupción suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica) (Diligenciar **Formulario N° 3** de la presente invitación).
- ✓ Acuerdo de confidencialidad diligenciar **formulario N° 4**, suscrito por el oferente
- ✓ CERTIFICADO NACIONAL DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM - Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no esté reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, certificado no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierra del presente proceso de selección, conforma el artículo 6.1 de la ley 2097 de 2021, reglamentada por el decreto 1310 de 2022., https://carpetaciudadana.and.gov.co/inicio-de-sesion.

2.2 DE ORDEN TÉCNICO

2.2.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Para la prestación del servicio se requiere que los posibles oferentes cumplan con los requisitos técnicos mínimos que se establecen a continuación, que se calificaran bajo el criterio de OFRECE NO OFRECE.

El Oferente deberá entregar formalmente junto con la propuesta los siguientes documentos:

A. Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios en la Ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.
B. Portafolio de Servicios de la Entidad oferente.
C. Entregar formalmente junto con la propuesta el **MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD** previamente definido por la entidad oferente.

2.2.1.1 EXPERIENCIA PROPONENTE

El OFERENTE deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar, máximo tres (3) certificaciones y copias de contratos ejecutados, con concepto favorable de la ejecución de los mismos, cuyo objeto sea igual

o similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 50% del valor del presupuesto asignado para esta contratación. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica:

- Fecha de inicio de la contratación
- Fecha de término de la contratación
- Valor de la contratación
- Objeto contractual
- Número del contrato
- Firma del representante legal contratante
- NIT del contratante
- Dirección del contratante
- Teléfono del contratante
- Membrete de la entidad que lo expide
- Cumplimiento.Teléfono del contratante
- Membrete de la entidad que lo expide
- Cumplimiento.

No serán tenidas en cuenta las Certificaciones que presenten incumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la Unidad Prestadora de Salud Santander no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, se verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.

Este aspecto se verificará en el **ANEXO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS.**

2.2.1.2 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, es necesario que los oferentes CUMPLAN y presenten los requerimientos descritos a continuación:

a) Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
b) Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
c) Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.
d) Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
e) Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

El oferente presentará una certificación firmada por el Representante Legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. El anterior se verificará en el Anexo Nº 7 COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

2.2.1.3 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. Para la experiencia se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020, a su vez se realizará la respectiva verificación con el anexo **NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO.**

Contando como mínimo en su oferta de personal con un (a):

- Un (01) MEDICO ESPECIALISTA ANESTESIOLOGO con el título académico expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y dicho registro debe estar vigente, con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN AÑO fotocopia de documento de identidad, diplomas, acta de grado y tarjeta o registró profesional (en el caso que aplique) del funcionario tal como se solicita
- Un (01) MEDICO ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS con el título académico expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y dicho registro debe estar vigente, con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN AÑO fotocopia de documento de identidad, diplomas, acta de grado y tarjeta o registró profesional (en el caso que aplique) del funcionario tal como se solicita

ITEM	PROFESIONAL
1	ANESTESIOLOGO
2	ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Si el profesional especializado realizo estudios de especialización en el exterior deberá aportar las certificaciones correspondientes del Ministerio de Educación y/o el ICFES las cuales validen en la Republica de Colombia el titulo obtenido.

NOTA: *No se aceptarán certificaciones con enmendaduras o que no contengan la información exigida, que sean anteriores a la fecha de expedición de la tarjeta profesional del empleado y se deja en claro que el personal ofertado será quien ejecute en forma directa el objeto de la presente contratación.*

El oferente presentará una certificación firmada por el Representante Legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. El anterior se verificará en el **Anexo Nº 8 NIVEL DE EDUCACION Y ANEXO Nº 9 CERTIFICADO DE CAPACIDAD TECNICA.** .

2.2.1.4 CAPACIDAD OPERATIVA

La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en el área metropolitana de Bucaramanga, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar.

Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar **Anexo Nro. 10 ANEXO CAPACIDAD OPERATIVA** de la presente invitación firmada por el representante legal de la entidad oferente.

2.2.1.5 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

a) El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo*" y la Resolución No. 0312 de 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.*

b) El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.

c) El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO HOJA DE VIDA EQUIPOS del presente proceso que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL relacionada con la hoja de vida, el mantenimiento y la calibración de acuerdo a su ficha técnica para el manejo de los diferentes procedimientos en la presente invitación; estos incluyen.

d) El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO REFERENTE A LAS OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN A GARANTIZAR A LOS USUARIOS.**

e) El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO REFERENTE A LAS BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**

2.3 DE ORDEN ECONÓMICO

El único factor de evaluación económica es del MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo incluido IVA. Teniendo en cuenta que este proceso de contratación se realizará mediante la modalidad de Mínima Cuantía; siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas.

La Unidad mediante el comité evaluador procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de mayor porcentaje único de descuento, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del segundo mayor porcentaje único de descuento y así sucesivamente.

Lo anterior, en cumplimiento a lo descrito en el numeral 8 del procedimiento de la mínima cuantía y las notas 99 y 100 de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014, del Manual de la Contratación en la Policía Nacional y lo establecido en los numerales 4° y 6° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015.

Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP II, de acuerdo a lo citado en la **NOTA**: 101, de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014. (Manual de Contratación en la Policía Nacional).

NOTA 1: No se reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el porcentaje de descuento a la oferta por el tiempo de ejecución del futuro contrato a celebrar, estos valores no estarán sujetos a ninguna clase de modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 6 SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.**
- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 5 OFERTA ECONÓMICA.**
- ✓ Registro Único Tributario.
- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Diligenciar **Formulario N° 2** de la presente invitación).

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

La cronología del proceso se desarrollará de acuerdo a los parámetros y criterios establecidos por Colombia compra eficiente a través de la plataforma del SECOP II https://www.colombiacompra.gov.co/

Publicación de la invitación	Lugar: Pagina de Colombia Compra Eficiente – SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ Fecha establecida en la página de Colombia Compra
Manifestación de limitación a Mipymes y Observaciones a la Invitación Pública	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública, y **Manifestación de limitación a Mipymes** dentro del Día hábil siguiente a la publicación en la página de Colombia Compra – SECOP II. **NOTA:** No se absolverán consultas efectuadas telefónicamente o en forma personal, sola será tenida en cuenta en este proceso, la información recibida a través de la página de Colombia compra eficiente – SECOP II.
Publicación Aviso Limitación a Mipymes y Respuesta a las observaciones	Dentro del día hábil siguiente al término establecido para la manifestación de la Limitación a Mipymes
Entrega de propuestas	Lugar: Colombia Compra Eficiente - SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ En la fecha y hora establecida en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II.
Evaluación de las Propuestas, Verificación y/o solicitud de los Requisitos Habilitantes.	Dentro de los (03) tres días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas.
Subsanación de documentos	Dentro del día hábil siguiente al requerimiento de la entidad
Publicación de la Evaluación y verificación	Dentro de los (02) dos días hábiles siguientes a la fecha de Subsanación.
Observaciones a la Evaluación.	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas, dichas solicitudes deberán formularse por escrito en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II. Los documentos subsanables deberán presentarse hasta dentro de los términos fijados por la entidad, para la subsanación de documentos. Los documentos que se presenten con posterioridad al término señalado no serán tenidos en cuenta.
Respuesta a observaciones y/o Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los tres (03) días hábiles siguientes al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.
Indisponibilidad del SECOP II	*En caso de presentarse una falla general o particular previas al evento de presentación de la oferta, presentación de observaciones o subsanación de documentos, que no le permita hacer la acción, deberá informar a la entidad a través del correo electrónico* renso.lopez@correo.policia.gov.co *con la siguiente*

	información: • *Número del proceso* • *Nombre del usuario de la plataforma del SECOP II* • *Nombre de la entidad* • *Numero de NIT o cedula del oferente* *Y seguidamente deberá informar a la mesa de ayuda de Colombia Compra Eficiente creando un caso del inconveniente o falla presentada.* *Lo anterior atendiendo el protocolo de indisponibilidad que se encuentra anexo en la plataforma del SECOP II.*

a. La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

b. De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación SECOP II hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

4. SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE OFERTA.

El Supervisor del contrato será el **Funcionario Grupo Regional Soporte Y Seguimiento Servicios De Alto Impacto** o quien haga sus veces o a quien con posterioridad designe el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud N. ° 5, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a lo normado en la Ley 1474 de 2011 y conforme a lo establecido en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".

- El supervisor del contrato realizara seguimiento continuo, garantizando la eficiente y oportuna inversión de los recursos del contrato, debiendo ceñirse a las condiciones y términos convenido en el contrato, así mismo, verificara cualquier hecho o circunstancia constitutiva de incumplimiento de lo pactado, rindiendo un informe inmediatamente al contratista, proveedor, jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5 y al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, como contratante.

- Informará periódicamente al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, el porcentaje de ejecución del contrato en el formato establecido código: 2BS-FR-0019, versión 5 del 12 de marzo de 2021, informe supervisores seguimiento contractual.

- Subirá los documentos soporte ejecución de contrato "constancia recibida a satisfacción, informe supervisores seguimiento contractual, certificación de parafiscales, planillas de pagos, con un plazo máximo de 3 días posteriores a su diligenciamiento en el área de trabajo de la ejecución del contrato, en el sistema electrónico de contratación pública SECOP II.

- Mantendrá permanente en vigilancia los servicios contratados, verificando los plazos, términos y condiciones conforme lo descrito en el contrato.

- Dara cumplimiento a la resolución 00090 del 15 de enero de 2018, emanada de la Dirección General de la Policía Nacional. "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014", y en la Ley 1474 de 2011 artículos 82 a 86.

- Tendrá la obligación de solicitar acompañamiento de carácter técnico, económico y jurídico, de requerirlo, para la supervisión y control de la ejecución del contrato, de las direcciones y especialidades institucionales que cuenten con la formación técnica o profesional en el área respectiva que el supervisor requiera.

- Elaborar y remitir el proyecto de liquidación del contrato, una vez terminado, ejecutado y cancelado en su totalidad, según Código: 2BS-FR-0023 Versión 5 del 12 de marzo de 2021, ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL.

Atentamente,

Teniente Coronel ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 5

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:	Revisó:	Revisó:
IT. RENSO JAVIER LÓPEZ GONZÁLEZ Analista de Contratos RASES Nro. 5	IJ. JOHN EDGARDO PACHON ROJAS Analista de Contratos RASES Nro. 5	PUN-08 EDINSON CASTILLO GONZALEZ Abogado RASES Nro. 5	CT. YULIANA DEL PILAR QUIZON RUEDA Jefe Grupo Contratos RASES Nro. 5 (E)	MY. LEONARDO VEGA CALA Jefe Área Logística y Financiera RASES Nro. 5

Fecha elaboración: 17/03/2026

Ubicación: C:\Users\renso.lopez\Documents\AÑO 2026\1. RASES\2. MINIMA CUANTIA\2. CLINICA DEL DOLOR

Transversal 154 N° 24-147 vista azul Barrio el Bosque – Floridablanca
Teléfono: (607)7008600 Ext. 7235
desan.rases-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA

Powered by CamScanner

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas para cada ítem, esta Ficha Técnica será verificada por el Comité Técnico aplicando el criterio de CUMPLE o no CUMPLE

LOS CUPS SON DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO Y será verificada por el Comité Técnico aplicando el criterio de **CUMPLE** o no **CUMPLE**.

ITEMS	CUPS	DESCRIPCION	INCLUYE	CUMPLE	NO CUMPLE
1	031104B	RIZÓLISIS FACETARIA (NEUROTOMÍA DE RAMA MEDIAL) VÍA PERCUTÁNEA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
2	036103B	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL O RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES VÍA PERCUTÁNEA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
3	036201B	**NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
4	039001B	INSERCIÓN DE CATÉTER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
5	039001P	BLOQUEO PLANO ERECTOR DE LA ESPINA (ESP)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
6	039001P1	BLOQUEO INTERLAMINAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
7	039001B4	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRÓN)	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100%. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
8	039001B4 - E24	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRÓN) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100 NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
9	039001B4 -1	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA		

		DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA)	SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
10	039001B4 -1 - E24	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4 DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
11	039001B7	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 7 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRON)	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
12	039001B7-E24	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 7 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRON) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
13	039001B7 - 1	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 7 DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA)	INCLUY: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
14	039001B7-1-E24	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 7 DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
15	039002B	**INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
16	039003B	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
17	039004B	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
18	039101B	**INYECCION DE ANESTESICO EN EL CANAL ESPINAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		

19	039201B	NEUROLISIS DEL GANGLIO DE GASSER O ESFENOPALATINO POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
20	039202B	NEUROLISIS DE CADENA SIMPÁTICA POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
21	39203B	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
22	039204B	**NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
23	039205P	BLOQUEO DE NERVIO ESPINAL SELECTIVO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
24	039306B	**IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL VIA PERCUTÁNEA (COTIZAR VALOR POR ELECTRODO)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
25	039309B	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL VÍA PERCUTÁNEA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
26	039401B	RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACION ESPINAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
27	048101B	BLOQUEO DE NERVIO TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
28	048102B	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FIN ANALGÉSICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
29	048201B	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO PARA NERVIO PERIFÉRICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
30	048202B	**INFUSION CONTINUA DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA PARA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y		

		NERVIO PERIFERICO 1	MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
31	048203B	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO EN ESPACIO INTERFACIAL DE NERVIO PERIFÉRICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
32	048301B	**INYECCION DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
33	048401B	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
34	048402B	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON FINES ANALGÉSICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
35	048403B	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
36	048404B	INYECCIÓN DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGÉSICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
37	052201B	SIMPATECTOMÍA CERVICAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
38	052301B	SIMPATECTOMÍA LUMBAR 1	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
39	053101B	**BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
40	053102B	**BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
41	053103B	**BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN		

			PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
42	053105B	**BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
43	053106B	**BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
44	053107B	BLOQUEO DE NERVIO FRÉNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
45	053108B	BLOQUEO DE PLEJO CELÍACO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
46	053109B	**BLOQUEO DE NERVIOS PÚDENDOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
47	053110B	BLOQUEO DE NERVIO VAGO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
48	053111B	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGÁSTRICO SUPERIOR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
49	053112B	BLOQUEO DE NERVIO ESPLÁCNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
50	053113B	**BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
51	053114B	**BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
52	053115B	**BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
53	053116B	INYECCIÓN DE	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE		

		ANESTÉSICO EN NERVIO SIMPÁTICO	AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
54	053131P	PAQUETE BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
55	053131P1	BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS (NEUROMAS PUNTOS GATILLO PERIFERICOS)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
56	053133P	PAQUETE BLOQUEO TRICONJUGADO DE HOMBRO UNILATERAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
57	053134P	PAQUETE BLOQUEO TRICONJUGADO DE HOMBRO BILATERAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
58	053156P	PAQUETE RADIOFRECUENCIA FACETARIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
59	053201B	NEURÓLISIS DE PLEJO BRAQUIAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
60	053202B	NEURÓLISIS DE PLEJO LUMBAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
61	053203B	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
62	053203P	PAQUETE NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
63	053204B	NEURÓLISIS DE PLEJO TORÁCICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
64	053205B	NEUROLISIS DE PLEJO CELÍACO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA		

			ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
65	053205P	PAQUETE NEUROLISIS DE PLEJO CELÍACO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
66	053206B	NEURÓLISIS DE PLEJO HIPOGÁSTRICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
67	053207B	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPÁTICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
68	053208B	NEUROLISIS DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
69	053301B	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
70	053301PAR	ALQUILER DE MAQUINA DE RADIOFRECUENCIA	INCLUYE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA (ELECTRODO Y CÁNULA) EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO		
71	053303B	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS PARAVERTEBRALES, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
72	053304B	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
73	819101B	ASPIRACIÓN ARTICULAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA, DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA.		
74	819201B	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
75	819202B	APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS DENTRO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		

76	839601B	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
77	839701B	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DEL TENDON	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
78	861411B	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, NO INCLUYE TOXINA BOTULINICA		
79	861803B	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBDÉRMICO (EPIDERMOCLISIS)	INCLUYE HONORARIOS DE ENFERMERÍA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO		
80	861805B	INSERCIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TOTALMENTE IMPLANTABLE	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
81	861902B	REVISIÓN DE DISPOSITIVOS DE INFUNSIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
82	861903B	RECAMBIO DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN DISPOSITIVO DE INFISIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
83	861904B	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE DISPOSITIVO DE INFUSION	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
84	861905B	RETIRO O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE INFUSION	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO		
85	873501B	FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	INCLUYE FLUOROSCOPIO COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO		
86	881701P	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTO	INCLUYE ECOGRAFÍA COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO		
87	890102B	**ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	INCLUYE **ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA EXCLUYE **ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA		
88	890108B	ATENCIÓN (VISITA)	INCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA CON ENFOQUE EN CUIDADOS		

		DOMICILIARIA POR PSICOLOGIA CON ENFOQUE EN CUIDADOS PALEATIVOS	PALIATIVOS EXCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA CON ENFOQUE EN CUIDADOS PALIATIVOS		
89	890109B	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL	INCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL EXCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL		
90	890226B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	INCLUYE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA EXCLUYE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		
91	890243B	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	INCLUYE *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUYE *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		
92	890326B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	INCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA EXCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		
93	890343B	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	INCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		
94	890443B	**INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	INCLUYE *INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUYE *INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		
95	890502B	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	INCLUYE PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE) EXCLUYE PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)		
96	998701B	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	INCLUYE HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, UTILIZACIÓN DE GUÍA FLUOROSCOPIO Y/O ECÓGRAFO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO		
97	998702B	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	INCLUYE HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, UTILIZACIÓN DE GUÍA FLUOROSCOPIO Y/O ECÓGRAFO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO		
98	N/A	PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO	INCLUYE PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO EXCLUYE		
99	N/A	PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO AMBULARORIO	INCLUYE PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO AMBULATORIO EXCLUYE		
100	N/A	INSUMOS	ESTE SERVICIO SE ENCUENTRA INCLUIDO DENTRO DEL ANEXO INSUMOS		
101	N/A	MEDICAMENTOS	ESTE SERVICIO SE ENCUENTRA INCLUIDO DENTRO DEL ANEXO MEDICAMENTOS		

ITEM		CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1		**EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR FORMALMENTE JUNTO CON LA PROPUESTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS** a. Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud Departamental o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud (en la Ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana). b. Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado. c. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previa Mente definido por la entidad oferente.		
2		**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar		

	incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto de la presente invitación, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que CERTIFIQUEN la realización de contratos celebrados y ejecutados, de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuyo objeto sea igual o similar y cuya sumatoria sea **igual o mayor al 50%** del valor del presupuesto para esta contratación, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable del cumplimiento del objeto contractual. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 5, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, la Regional verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.		
3	**COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS** La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, es necesario que los oferentes CUMPLAN y presenten los requerimientos descritos a continuación: 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud ". 3. La Resolución 3001 del 2019, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". 4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional. El oferente presentará una certificación firmada por el Representante Legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. El anterior se verificará en el Anexo COMPETENCIA DEL CONTRATISTA.		
4	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde		

	conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. Para la experiencia se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020, a su vez se realizará la respectiva verificación con el anexo **NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** Contando como mínimo en su oferta de personal con un (a): • Un (01) MEDICO ESPECIALISTA ANESTESIOLOGO con el título académico expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y dicho registro debe estar vigente, con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN AÑO fotocopia de documento de identidad, diplomas, acta de grado y tarjeta o registró profesional (en el caso que aplique) del funcionario tal como se solicita • Un (01) MEDICO ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS con el título académico expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y dicho registro debe estar vigente, con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN AÑO fotocopia de documento de identidad, diplomas, acta de grado y tarjeta o registró profesional (en el caso que aplique) del funcionario tal como se solicita **ITEM** | **PROFESIONAL** 1 | MEDICO ESPECIALISTA ANESTESIOLOGO 2 | MEDICO ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS Si el profesional especializado realizo estudios de especialización en el extranjero deberá aportar las certificaciones correspondientes del Ministerio de Educación y/o el ICFES las cuales validen en la República del Colombia el título obtenido. Además, el oferente deberá diligenciar el **ANEXO NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO de médicos, con el cual se certificar que cuenta con los Especialistas y Subespecialistas** de la presente invitación. NOTA: *No se aceptarán certificaciones con enmendaduras o que no contengan la información exigida, que sean anteriores a la fecha de expedición de la tarjeta profesional del empleado y se deja en claro que el personal ofertado será quien ejecute en forma directa el objeto de la presente contratación.*		
5	**CAPACIDAD OPERATIVA:** La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en el municipio de Bucaramanga y su área metropolitana, Santander, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar **ANEXO "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL"** firmada por el representante legal de la entidad oferente de la presente invitación.		
6	**Equipos utilizados:** El Oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO HOJA DE VIDA EQUIPOS** de la presente invitación que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL donde indique que los equipos utilizados se encuentran en buen estado de funcionamiento para la correcta prestación del servicio, que los mismo tiene la calibración requerida de acuerdo a su ficha técnica y que se encuentran incluidos en un cronograma de mantenimiento los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud		
7	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO REFERENTE A LAS OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN A GARANTIZAR A LOS USUARIOS.		

8	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo		
9	El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente. .		
10	Diligenciar el **ANEXO compromiso de buenas prácticas ambientales**		

NOTA: SE HACE LA ACLARACIÓN QUE LOS PARTICIPANTES DEBERÁN OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS REQUERIDOS, YA QUE SON DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD A NUESTROS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA.

Los servicios requeridos que no hayan quedado en la anterior descripción, o servicios por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios serán proporcionados por la entidad a las tarifas establecidas en este documento, siempre que se realice una solicitud de modificación al contrato por parte del Supervisor. Si no hay un referente para el cobro de estos servicios, el Contratista deberá presentar una cotización en respuesta a la solicitud del Contratante. Esta cotización será revisada por el Supervisor del Contrato, quien llevará a cabo una verificación de precios mínimos con otra entidad. Si la cotización del Contratista resulta ser más alta, deberá modificarlo para que se ajuste a los precios vigentes en el mercado.

Nombre de la Entidad_____
Nombre del Representante Legal _____
No. de Documento de Identidad. _____
Firma del Representante Legal _____

ANEXO Nro. 2

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en la Parte 2 – Titulo 1 – Capitulo 1 – Sección 1 – Subsección 6 del Decreto 1082 de 2015.

Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **Al término de la vigencia de cada uno de los amparos EL CONTRATISTA deberá adicionar UN (1) MES más**, con el fin de garantizar que los términos de la garantía única cubran la totalidad de lo exigido y de esta manera prevenir la ampliación de los mismos ocasionada por el lapso que transcurre desde el momento de la suscripción del contrato y el cumplimiento de los requisitos de ejecución.

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA VIGENCIA
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	TREINTA POR CIENTO (30%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS INCLUYENDO SUS PRORROGAS.	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS, LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL 30% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TÉRMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA 50% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS INCLUYENDO SUS PRORROGAS.	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO LO QUE CUBRIRÁ EL PERJUICIO ADMINISTRATIVO POR LA POSIBLE PÉRDIDA DE LOS RECURSOS, LOS GASTOS OCASIONADOS POR EL PROCESO Y LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL	EL VALOR CORRESPONDIENTE A 200 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁ ASEGURADA Y BENEFICIARIA LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES,

En la PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO se debe señalar:

1.) REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO,
2.) la misma deberá indicar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.

En la PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL se debe señalar:

1.) REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO,
2.) LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	LA NO CONSTITUCIÓN DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DÍA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DÍAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DÍA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCIÓN SE IMPONDRÁ MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACIÓN DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	TREINTA POR CIENTO (30%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL TREINTA POR CIENTO (30%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA , SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ANEXO Nro. 3

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 esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor.
10. La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente", según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social deberá ser notificado, gestionado e informado. Todo evento adverso deberá ser sometido a análisis conjunto realizado por el Comité de Garantía de Calidad o quien haga sus veces de la entidad Contratante y de la entidad Contratista.
11. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
12. Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el Contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, Los servicios prestados por fuera del contrato, no serán pagados por el contratante.
13. El Contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios, se fundamente en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001), en el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP (Acuerdo 080 de 2022 del SSMP y demás leyes que los adicionen, modifiquen ó sustituyan y en la Resolución 057 del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 por la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014 **los cuales serán suministrados por parte del supervisor del contrato una vez se dé inicio al contrato** así mismo se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co.
14. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos)
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:
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; debidamente diligenciada por el profesional solicitante y autorizado por el funcionario competente de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudiente.
b. El usuario debe presentar 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. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el Contratista 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 Contrareferencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud, la única dirección electrónica válida para este proceso es desan.rases-rei@policia.gov.co , desan.espco-urg@policia.gov.co

e. Todo bien o servicio 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 de la entidad Contratista que solicite un procedimiento o medicamento que este fuera del Plan de Beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá diligenciar completamente el formato de autorización de procedimientos o medicamentos que están fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Formato que se encuentra en el anexo de la presente invitación y entregarlo al usuario en el momento de la consulta o de la atención médica con copia de historia clínica, orden del médico tratante o fórmula médica original, soportes de estudios realizados, se hace claridad que el formulario debe estar completamente diligenciado con datos de usuario y médico tratante en letra imprenta legible, estos documentos los entregará el usuario a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 ubicada en la ciudad de Bucaramanga, para que se adelante el trámite ante el Comité Técnico Científico del Nivel Central. No se admiten formatos institucionales del Contratista, solo cuando una orden judicial, tutela o la condición clínica del paciente amerite la administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la Oficina de Referencia y Contrareferencia con posterioridad, en el formato de justificación ante Comité Técnico Científico diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

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 de Referencia y Contrarreferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5. El CONTRATISTA se obliga a revisar la disponibilidad presupuestal del contrato de acuerdo a la observación señalada en el formato de autorizaciones, a efectos de no generar la prestación de servicios sin respaldo presupuestal, ya que la Regional no se hará responsable de los mismos.

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. Permitir al **Auditor Médico Concurrente** de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud (historias clínicas, estadísticas, soportes y documentos relacionados con la atención del paciente) igualmente 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.

17. El Contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a usuarios (niños, adolescentes y adultos) víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por la Secretaría de Salud Departamental.

18. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

a. Notificar al Coordinador del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte MENSUAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
c. Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato, el Contratista deberá informar mediante oficio a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 y al Coordinador del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder, el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).
d. Reportar la ejecución del contrato al Coordinador del Contrato; en el formato mensual a los correos edison.bravo3666@correo.policia.gov.co; desan.rases-rei@policia.gov.co, de acuerdo con los siguientes formatos:

FORMATO MENSUAL
MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5

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					

e. Debe reportar a la Oficina de Calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, a los correos que sean suministrados por el supervisor del contrato una vez sea adjudicado.
f. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule el supervisor del contrato.
g. Enviar el primer día hábil de cada semana al Área de Epidemiología, la información de notificación epidemiológica semanal establecido en el Decreto 3518 del 2006 y Decreto Reglamentario 1918 del 1994, a los correos que sean suministrados por el supervisor del contrato una vez sea adjudicado.

19. Presentar la facturación los cinco (05) primeros días de cada mes en la Ventanilla de Central de Cuentas, en la dirección que sea suministrada por el supervisor del contrato una vez sea adjudicado., con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.

20. 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 Regional, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.

21. El Contratista deberá reportar de manera trimestral la información e indicadores que ordena la Resolución 0247 de 2014 para usuarios de cáncer y la Resolución 1954 de 2012 para las enfermedades huérfanas. Información que deberá ser enviada al correo electrónico, desan.rases-rei@policia.gov.co, desan.rases-ges@policia.gov.co.

22. Cuando se presente la necesidad médica de dar una incapacidad laboral debe entenderse que la Policía maneja dos clases de incapacidades: incapacidad en PARCIAL; si puede laborar, con las restricciones respectivas (éstas restricciones deben estar especificadas en la incapacidad) y TOTAL en caso que el paciente no puede laborar porque su condición médica lo restringe; se sugiere que el médico general ordene hasta 8 días y el médico especialista hasta 30 días, prorrogables hasta por el tiempo que por conveniencia médica se amerite (Debe especificar el tiempo de la prórroga). Dentro de las restricciones médicas NO se deberán establecer limitaciones médicas que interfieran con la administración del talento humano, como aquellas que establecen restricciones para traslados. Solamente se podrán emitir indicaciones en cuanto a descripción de ambientes o sitios favorables o desfavorables para ejercer una labor o permanecer, tales como altura sobre el nivel del mar, temperatura ambiente, humedad, acceso a atención en salud por nivel de complejidad, entre otras. Se debe garantizar que en las excusas de servicio PARCIAL no se den conceptos de perfil ocupacional para reubicación laboral, NO se emitan conceptos de horario laboral o duración de la jornada de trabajo, salvo contadas excepciones que, por su condición de salud o administración de medicamentos, así lo impone. Por consiguiente, podrá emitirse únicamente en los casos pertinentes, limitaciones de turno nocturno, lo cual debe estar completamente justificado en la historia clínica respectiva, contemplando que la jornada nocturna de un uniformado va de 22:00 a las 06:00 horas del día siguiente.

23. El Contratista deberá garantizar que los especialistas y/o subespecialistas 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 médico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral, pues, ello es competencia de las autoridades medico laborales de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, la responsabilidad del Galeno que suscriba el respectivo concepto médico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente:

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

24. El Contratista deberá prestar los servicios de salud en las mejores condiciones y con la oportunidad disponible de acuerdo a su capacidad operativa, de acuerdo a lo establecido en las Resoluciones 256 de 2.016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular único título II de SUPERSALUD https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../abece-resolucion-256-de-2016.pdf.

25. Para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer se obedecerán las "instrucciones PRIMERA y SEGUNDA" impartidas dentro de la circular externa N° 004 SUPERSALUD del 17 de julio de 2014

26. En el evento en que se requiera alquiler de equipos y/o tecnología de punta como coadyuvantes de las cirugías o procedimientos la entidad contratada deberá además de anexar factura de compra, diligenciar el formato de CTC respectivo, enviándolo máximo 24 horas después del procedimiento a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5. Dichos documentos se deben presentar con la factura de compra en la respectiva facturación. La entidad se reserva la realización de auditar los procedimientos en vivo, con el fin de verificar los gastos en insumos y materiales médico-quirúrgicos, así como la utilización de equipos en alquiler.
27. La entidad Contratista deberá aplicar el principio de racionalidad para la realización y práctica de todos los procedimientos anteponiendo el concepto de calidad, esto es lograr los máximos beneficios, con mínimos riesgos, pero a costos razonables.
28. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 080 de 2022 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente, serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum, se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico, por lo que se deberá diligenciar el formato del anexo No 15. (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 080 de 2022).
29. Se requiere que el servicio se preste en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, con criterios de oportunidad, continuidad, accesibilidad, seguridad, eficacia, eficiencia y pertinencia.
30. El Contratista deberá conocer el modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional INSTRUCTIVO 009 DE MARZO DE 2014, el cual se encuentra como anexo en la presente invitación de conveniencia y oportunidad.
31. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.
32. Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional.
33. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.
34. Entregar al usuario reporte de resultados para continuar el manejo terapéutico del paciente en el Establecimiento de Sanidad Complementario CLINICA DESAN, cuando lo amerite, a través del proceso y formato de Referencia y Contrareferencia.
35. El Contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste, la no existencia de facturación pendiente por radicar en la regional de aseguramiento en salud nº 5 y que se encuentra apto para la liquidación del contrato.
36. El contratista deberá expedir certificación mensual en la cual conste que no tiene facturas pendientes con los servicios del mes prestados.
37. 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.
38. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
39. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos, con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios, prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.
40. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficios, avisos, y demás actos proferidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, hoja de vida, cámara de comercio, ect.
41. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente deberá informar al Supervisor del Contrato, la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5, tomar contacto con la IPS a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de servicios, códigos o taridas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades, se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato, reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario, elevando un acta escrita de cada reunión celebrada.
42. 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"*.
43. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.

44. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
45. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contra-remisiones efectuadas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, so pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones.
46. El CONTRATISTA se obliga a Aplicar la resolución No 5267 del 22-12-2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, y 244 de 2019 la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidas con la financiación de los recursos públicos asignados a la salud.
47. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.
48. El Contratista se obliga a mantener vigente la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual durante la vigencia del contrato.
49. El Contratista deberá garantizar la prestación de los servicios objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato).
50. El Contratista deberá suministrar los elementos de protección personal de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
51. Dar cumplimiento a la normatividad expedida por las autoridades competentes respecto de las normas de bioseguridad en la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional
52. El CONTRATISTA se obliga a solicitar ante la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 la autorización de los servicios de traslado asistencial Básico o Medicalizado requeridos para la atención de los usuarios del SSPN, en caso de que sea un traslado de urgencia vital deberá prestar el servicio y en las 24 horas posteriores a la prestación del servicio debera quedar la constancia de la solicitud de autorización del servicio emitida al correo disan.rases-rei@policia.gov.co.
53. 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.
54. El CONTRATISTA se obliga a suprimir los trámites administrativos internos que pueda causar reprocesos o desplazamientos de los usuarios del SSPN de una entidad a otra, o de un lugar a otro para poder realizar la prestación del servicio.
55. El CONTRATISTA deberá garantizar la oportuna entrega de resultados de los exámenes a los usuarios del SSPN sin que se presente traumatismos o reprocesos
56. OBLIGACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- ✓ El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.
- ✓ 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".
- ✓ El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
- ✓ El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
- ✓ El Contratista deberá presentar el Informe de capacitación realizada a los trabajadores, donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y done se evidencie la firma de los trabajadores.
- ✓ En el que caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de sanidad El Contratista deberá presentar informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato Se aclara que esta obligación sólo aplica para los contratos cuya ejecución se desarrolla en las instalaciones por ejemplo, el de Aseo, lavandería, etc

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD INFORMATICA

- ✓ Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso

directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.

✓ Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

57. El oferente debe contar con canales de comunicación efectivos que permitan el manejo de la información de forma directa y constante durante las 24 horas del día los siete días de la semana, con el contratante y los usuarios.

58. El oferente se obliga a entregar los elementos de bioseguridad, los insumos y elementos que los profesionales requieran para la prestación del servicio, deben ser aportados por el oferente que resulte adjudicatario, sin costo adicional para la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5**, toda vez que los mismos hacen parte esencial en la realización de los procedimientos a realizar.

59. 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.

ANEXO Nro. 4

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

3. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

4. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

5. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

6. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

7. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

8. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.

9. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, Para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No, 5, Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

10. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

11. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 del de mayo de 2022 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

12. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019, El cual se encuentra como Anexo en la presente invitación.

13. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO Nro. 5

OFERTA ECONOMICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señor(s).
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: Oferta económica del proceso , de **Mínima Cuantía** , Número _____ cuyo objeto es: la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO"**

".

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A CADA ITEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO IVA INCLUIDO
1.	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.".**	_____%

NOTA:

- LA OFERTA MAS ECONÓMICA, SERA AQUELLA QUE TENGA EL MAYOR PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO.
- LA PROPUESTA QUE SOBREPASE EL PRECIO TECHO DE ALGUNO DE LOS ÍTEMS NO SERA TENIDA EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN.
- EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
- SI ALGUNO DE LOS OFERENTES NO OFERTA ALGUNO DE LOS ÍTEMS REQUERIDOS, ESTO SERÁ CAUSAL DE RECHAZO DE LA OFERTA.
- PARA EL CONTRATO LOS VALORES QUE TENGAN CENTAVOS, ESTOS SE APROXIMARAN AL VALOR MÁS CERCANO A LOS PESOS AL MOMENTO DEL CONTRATO.

El proponente:

_____
Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

PRECIOS TECHO (NO MODIFICAR)

ITEMS	CUPS	DESCRIPCION	INCLUYE	PRECIO TECHO
1	031104B	RIZÓLISIS FACETARIA (NEUROTOMÍA DE RAMA MEDIAL) VÍA PERCUTÁNEA	INCLUYE: HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE: INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.565.485
2	036103B	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL O RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES) VÍA PERCUTÁNEA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.565.485
3	038201B	**NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.979.940
4	039001B	INSERCIÓN DE CATÉTER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.324.417
5	039001P	BLOQUEO PLANO ERECTOR DE LA ESPINA (ESP)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.222.452
6	039001P1	BLOQUEO INTERLAMINAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.222.452
7	039001B4	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRÓN)	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100%. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.261.260
8	039001B4 - E24	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRÓN) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100 NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.231.460
9	039001B4 - 1	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4 DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA)	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.455.300
10	039001B4 - 1 - E24	INSTALACIÓN BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 4 DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.231.460
11	039001B7	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 7 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRON)	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.833.678
12	039001B7-E24	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA	$ 3.531.528

		X 7 DIAS (BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA Y GIRON) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	
13	039001B7 - 1	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 7 DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA)	INCLUY: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.056.824
14	039001B7-1-E24	INSTALACION DE BOMBA PCA MANEJO DEL DOLOR X 7 DIAS (PIEDECUESTA, RUITOQUE Y LEBRIJA) INCLUYE AUXILIAR DE ENFERMERÍA 24 HORAS	INCLUYE: ALQUILER DE LA BOMBA PCA Y/O ELASTOMERICA USO EXCLUSIVO Y MANIPULACIÓN DE LA IPS, INSTALACIÓN BOMBA PCA, VISITA DOMICILIARIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO, UN CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE EL USO DE LA BOMBA, VISITA POR MEDICO ASISTENCIAL, INSUMOS Y MEDICAMENTOS. NOTA: SE COBRARÁ EL 50% DESDE EL DÍA 1 Y DESPUÉS DEL DÍA 2 SE COBRARÁ EL 100% EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.754.674
15	039002B	**INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 750.503
16	039003B	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.455.300
17	039004B	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.455.300
18	039101B	**INYECCION DE ANESTESICO EN EL CANAL ESPINAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 743.269
19	039201B	NEUROLISIS DEL GANGLIO DE GASSER O ESFENOPALATINO POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.395.700
20	039202B	NEUROLISIS DE CADENA SIMPÁTICA POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.395.700
21	39203B	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.395.700
22	039204B	**NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.979.940
23	039205P	BLOQUEO DE NERVIO ESPINAL SELECTIVO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.222.452
24	039306B	**IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL VIA PERCUTANEA (COTIZAR VALOR POR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN	$ 3.203.742

		ELECTRODO)	PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	
25	039309B	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL VÍA PERCUTÁNEA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.686.760
26	039401B	RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACION ESPINAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.910.600
27	048101B	BLOQUEO DE NERVIO TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.794.870
28	048102B	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FIN ANALGÉSICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.746.360
29	048201B	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO PARA NERVIO PERIFÉRICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 582.120
30	048202B	**INFUSION CONTINUA DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA PARA NERVIO PERIFERICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 538.295
31	048203B	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO EN ESPACIO INTERFACIAL DE NERVIO PERIFÉRICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 145.530
32	048301B	**INYECCION DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 828.487
33	048401B	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.746.360
34	048402B	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON FINES ANALGÉSICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.164.240
35	048403B	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.119.118
36	048404B	INYECCIÓN DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGÉSICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.081.681
37	052201B	SIMPATECTOMÍA CERVICAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.026.831

38	052301B	SIMPATECTOMÍA LUMBAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.026.831
39	053101B	**BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.159.487
40	053102B	**BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.034.923
41	053103B	**BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 706.652
42	053105B	**BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 262.327
43	053106B	**BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.159.487
44	053107B	BLOQUEO DE NERVIO FRÉNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 844.327
45	053108B	BLOQUEO DE PLEJO CELÍACO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.164.240
46	053109B	**BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 804.122
47	053110B	BLOQUEO DE NERVIO VAGO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.164.240
48	053111B	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGÁSTRICO SUPERIOR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.164.240
49	053112B	BLOQUEO DE NERVIO ESPLÁCNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.164.240
50	053113B	**BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.128.009
51	053114B	**BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL,	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA,	$ 1.159.487

		TORACICO O LUMBAR)	INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	
52	053115B	**BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.159.487
53	053116B	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN NERVIO SIMPÁTICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.455.300
54	053131P	PAQUETE BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.472.402
55	053131P1	BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS (NEUROMAS PUNTOS GATILLO PERIFERICOS)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.472.402
56	053133P	PAQUETE BLOQUEO TRICONJUGADO DE HOMBRO UNILATERAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.472.402
57	053134P	PAQUETE BLOQUEO TRICONJUGADO DE HOMBRO BILATERAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.975.050
58	053156P	PAQUETE RADIOFRECUENCIA FACETARIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.809.527
59	053201B	NEURÓLISIS DE PLEJO BRAQUIAL	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.159.487
60	053202B	NEURÓLISIS DE PLEJO LUMBAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.159.487
61	053203B	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.716.560
62	053203P	PAQUETE NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.809.527
63	053204B	NEURÓLISIS DE PLEJO TORÁCICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.159.487
64	053205B	NEUROLISIS DE PLEJO CELÍACO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA	$ 2.852.388

			ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	
65	053205P	PAQUETE NEUROLISIS DE PLEJO CELÍACO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.809.527
66	053206B	NEURÓLISIS DE PLEJO HIPOGÁSTRICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.159.487
67	053207B	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPÁTICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.909.815
68	053208B	NEUROLISIS DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.909.815
69	053301B	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.675.740
70	053301PAR	ALQUILER DE MAQUINA DE RADIOFRECUENCIA	INCLUYE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA (ELECTRODO Y CÁNULA) EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO	$ 1.472.402
71	053303B	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS PARAVERTEBRALES, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.675.740
72	053304B	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.894.051
73	819101B	ASPIRACIÓN ARTICULAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA, DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA.	$ 279.117
74	819201B	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 930.872
75	819202B	APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS DENTRO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE, LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 921.690
76	839601B	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 967.775
77	839701B	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DEL TENDON	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y	$ 967.775

			FLUOROSCOPIO	
78	861411B	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, NO INCLUYE TOXINA BOTULINICA.	$ 487.346
79	861803B	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBDÉRMICO (EPIDERMOCLISIS)	INCLUYE HONORARIOS DE ENFERMERÍA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO	$ 97.470
80	861805B	INSERCIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TOTALMENTE IMPLANTABLE	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 3.959.687
81	861902B	REVISIÓN DE DISPOSITIVOS DE INFUNSIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 1.137.739
82	861903B	RECAMBIO DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN DISPOSITIVO DE INFISIÓN	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 409.493
83	861904B	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE DISPOSITIVO DE INFUSION	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 220.457
84	861905B	RETIRO O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE INFUSION	INCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD ENCARGADA, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, HOSPITALIZACIÓN, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA, ECÓGRAFO Y FLUOROSCOPIO	$ 2.077.800
85	873501B	FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	INCLUYE FLUOROSCOPIO COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO	$ 145.530
86	881701P	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTO	INCLUYE ECOGRAFÍA COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO EXCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO COSTO, CATÉTER DE RAÍZ, VALORACIÓN PREANESTÉSICA, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA, HONORARIOS ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO	$ 77.125
87	890102B	**ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	INCLUYE **ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA EXCLUYE **ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 290.442
88	890108B	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA CON ENFOQUE EN CUIDADOS PALEATIVOS	INCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA CON ENFOQUE EN CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA CON ENFOQUE EN CUIDADOS PALIATIVOS	$ 116.424
89	890109B	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL	INCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL EXCLUYE ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL	$ 97.020
90	890226B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	INCLUYE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA EXCLUYE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 145.530
91	890243B	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	INCLUYE *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUYE *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 73.452
92	890326B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	INCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA EXCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 70.772
93	890343B	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	INCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUYE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 68.205
94	890443B	**INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS*	INCLUYE *INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUYE *INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 83.945
95	890502B	PARTICIPACIÓN EN	INCLUYE PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA	$ 174.636

		JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE) EXCLUYE PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	
96	998701B	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	INCLUYE HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, UTILIZACIÓN DE GUÍA FLUOROSCOPIO Y/O ECÓGRAFO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO	$ 417.186
97	998702B	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	INCLUYE HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO INSUMOS Y MEDICAMENTOS INDICADOS PARA EL PROCEDIMIENTO EXCLUYE HONORARIOS DE ESPECIALISTA EN ALGOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HONORARIOS DE AYUDANTE DE SALA (MEDICO ASISTENCIAL, PERSONAL DE ENFERMERÍA, TECNÓLOGO EN RX), DERECHOS DE SALA, UTILIZACIÓN DE GUÍA FLUOROSCOPIO Y/O ECÓGRAFO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALES NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD CON CARGO A LA UPC, COMPLICACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, SERÁN AUTORIZADOS PREVIA COTIZACIÓN EN CASO DE INSUMOS DE ALTO	$ 291.060
98	N/A	PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO	INCLUYE PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO	$ 1.289.617
99	N/A	PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO AMBULARORIO	INCLUYE PAQUETE DE CUIDADO PALIATIVO AMBULATORIO	$ 1.035.740
100	N/A	INSUMOS	ESTE SERVICIO SE ENCUENTRA INCLUIDO DENTRO DEL ANEXO INSUMOS	PRECIO DE COMPRA MAS EL 10%
101	N/A	MEDICAMENTOS	ESTE SERVICIO SE ENCUENTRA INCLUIDO DENTRO DEL ANEXO MEDICAMENTOS	PRECIO DE COMPRA MAS EL 10%

ANEXO Nro. 6

COMPROMISO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señor(s).
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del Juramento con ocasión de la contratación para la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO".** certifico que mantendré los precios presentados en mi oferta, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones.

El proponente:

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

ANEXO Nro. 7

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señor(s).
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

El suscrito Representante Legal de la _____ certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

a) Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
b) Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
c) Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.
d) Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
e) Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

El proponente:

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

ANEXO Nro. 8

NIVEL DE EDUCACIÓN Ó NIVEL ACADEMICO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señor(s).
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Yo_____, representante legal de la_____, certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contando como mínimo en su oferta de personal con un:

ITEM	PROFESIONAL
1	ANESTESIOLOGO
2	ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

El proponente:

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

ANEXO Nro. 9

FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

Referencia: Certificado de talento humano del proceso de MINIMA CUANTIA, Número _____ cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO" así:**

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

El proponente:

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

ANEXO Nro. 10

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

Referencia: Certificación de capacidad administrativa y operacional del proceso de Mínima Cuantía, Número _____.

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

Cuento con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO"**. en las condiciones señaladas en la presente invitación.

El proponente:

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

ANEXO Nro. 11

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

El suscrito_____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS NOMBRE	CLASE Y MARCA DE EQUIPO	FECHA MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024 – 2025	FECHA MANTENIMIENTO CORRECTIVO 2024-2025	FECHA CALIBRACIÓN 2024 o 2025 (si aplica o no aplica)

El proponente:

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

ANEXO Nro. 12

FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de mínima cuantía. Número _____ cuyo objeto es la: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO"**, El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal, domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2°, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".

PERSONA JURÍDICA
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato.

PERSONA NATURAL
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.
De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.

- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ANEXO No. 13

COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

Ref.: Proceso de Mínima Cuantía **No.** _____, que tiene por objeto, la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO."**

El suscrito: _____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente, con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

- ✓ La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- ✓ Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
- ✓ Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- ✓ El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- ✓ Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.
- ✓ Allegar copia de destinación final de los elementos al momento de radicación de la factura.

El proponente:

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

ANEXO Nro. 14

OPORTUNIDAD DE LA ATENCION

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

Referencia: Oportunidad de la atención del proceso de Mínima Cuantía, Número _____cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO"**

El oferente debe marcar con una (X) en la casilla correspondiente de acuerdo a la oportunidad de la atención ofrecida por la entidad:

OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

SERVICIOS AMBULATORIOS	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 5 DÍAS	
ENTRE 6 Y 10 DÍAS	
ENTRE 11 DÍAS HASTA 15 DÍAS	

OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA

CONSULTA EXTERNA	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 5 DÍAS	
ENTRE 6 Y 10 DÍAS	
ENTRE 11 DÍAS HASTA 15 DÍAS	

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Teléfono:
Email:

ANEXO Nro. 15

PROCEDIMIENTOS NO POS

CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. _____ DEL _____ HOJA No. 1 *"POR LA CUAL SE CREA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL"*

ANEXO No. 6

Página: 1 de 2	PROCESO: ADMINISTRACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD	POLICIA NACIONAL
Código:	FORMATO DE SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN ANTE EL COMITE CIENTIFICO DE PROCEDIMIENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD QUE NO HACEN PARTE DEL PLAN DE SERVICIOS DEL SSMP	
Fecha:		
Version: 0		

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA CORRECTA Y COMPLETA, POR PARTE DEL PROFESIONAL TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS DOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE CIENTIFICO.

Fecha:	Año:	Mes:	Día:	Hora:	Unidad (Rases/Upres/Hoden):

I. DATOS INICIALES

Nombre Completo del Usuario:			Edad:
Tipo de Identificación	C.C.___ T.I.___ R.C.___ NUIP. _____	Número de Identificación:	Teléfono:
Ciudad y Dirección de Residencia:			

II. ÁMBITO DE ATENCIÓN

Ambulatorio: ____	Hospitalario: ____	Urgencias: _____	
Paciente con enfermedad huérfana	SI: ____	NO: ____	¿Cual?: _____

CIE 10	III. DIAGNOSTICO (S):
1.	
2.	
3.	

IV. AL DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO CERTIFICO QUE:

1. El uso del servicio o tecnología no es cosmético ni suntuario.
2. El servicio o tecnología se encuentra disponible en Colombia.
3. El servicio está registrado por la autoridad competente.
4. El servicio o tecnología no se encuentra en fase experimental.
5. Existe evidencia disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad.

V. PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO O SERVICIO EN SALUD

Tipo de Prestación	Única:	Sucesiva: _____			
CUPS	Descripción del procedimiento o Servicio en Salud:		Cantidad	Frecuencia de uso	Duración de Tratamiento

Justificación del Requerimiento

VI. PRESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO O TECNOLOGÍA EN SALUD

Tipo de Suministro:	Único:	Sucesivo: ____			
Descripción del Dispositivo Médico o Tecnología en Salud			Cantidad	Frecuencia de uso	Duración de Tratamiento

CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. _____ DEL _____ HOJA No. 2 *"POR LA CUAL SE CREA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL"*

Justificación del Requerimiento

VII. JUNTA MÉDICA O QUIRÚRGICA (si se le realizó Junta Médica describa los resultados)

VIII. ALTERNATIVAS DEL PLAN DE SERVICIOS EMPLEADAS ANTES DE REALIZAR EL REQUERIMIENTO (Si existe algún equivalente, justifique su NO utilización)

Servicio o tecnología en salud alterno contenido en el plan de servicios	Fue suministrado (a/no)	Tiempo de uso	Resultados obtenidos (No mejoría/Reacción adversa/intolerancia) o justificación de su no uso.

IX. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN POR URGENCIA VITAL	
Solicitud autorizada al usuario por urgencia el día: _____ y se diligencia solo para conocimiento y control estadístico del Comité Científico	
RASES, UPRES o ESP que autorizó:	
Nombre del ESP, IPS o proveedor que suministró:	
Ciudad del ESP, IPS o proveedor que suministró:	Valor:

X. DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A LA SOLICITUD
1. Resumen de historia clínica y/o epicrisis con la correspondiente justificación de lo solicitado.
2. Prescripción u orden actualizada y suscrita por el profesional tratante.
3. Resultados de laboratorio clínico, imagenología y ayudas diagnósticas pertinentes a lo solicitado.
4. Anexo No. 7 certificación de disponibilidad de recursos.
5. Fotocopia del carné de servicios médicos del usuario.

XI. DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE
"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Plan de Beneficios del SSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente. Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo o dispositivo médico requerido, ni soy representante legal, miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el Artículo 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas".

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL TRATANTE:		
No. Cédula:	Registro médico:	Especialidad:
Nombre del ESP o de la IPS en la que labora:		

XII. ESPACIO A SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL DE SALUD CON ROL TRANSCRIPTOR DE LA RASES/UPRES (Solo para solicitudes red externa):				
Nombres y Apellidos Transcriptor:				
Fecha de transcripción	Año:	Mes:	Día:	Hora:

MEDICAMENTOS NO POS
ANEXO 1
ACUERDO CSSMP 080/202

FORMATO DE JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP, SUPLEMENTOS NUTRICIONALES AMBULATORIOS Y MEDICAMENTOS UNIRS

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL PROFESIONAL TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Fecha de solicitud: _____ Departamento: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: F: _____ M: _____

Tipo de identificación: C.C ___ T.I. ___ R.C. ____ NUIP____ No. _____

Fuerza: EJC: _____ FAC: _____ ARC: _____ PONAL: _____ HOMIC: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

II. MEDICAMENTO O SOPORTE NUTRICIONAL SOLICITADO:

Ámbito de Atención: Ambulatorio: _____ Hospitalario: _____ Urgencia (vital): _____ Mixto: _____
Tipo de Medicamento: Medicamento: _____ Preparación Magistral: _____
Medicamento de Control Especial: _____ Vital no Disponible: _____
Tipo de Prescripción: Única: _____ Sucesiva: _____
Principio Activo en Denominación Común Internacional: _____
_____
Concentración: _____ Forma Farmacéutica: _____ Vía Administración: _____
Dosis: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad/Mes: _____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de Aplicación _____
Programa especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____
_____
Paciente con Enfermedad Huérfana: SI_____ NO_____
¿Cual? _____

III. DIAGNOSTICO:

Diagnostico Principal: _____ Código CIE 10_____
Diagnostico Relacionado 1: _____ Código CIE 10_____

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

V. ALTERNATIVAS UTILIZADAS DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

1. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
2. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
3. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
La respuesta clínica negativa ha sido reportada al Comité de Farmacovigilancia: SI ____ NO ____
_____ No existe alternativa en el Manual Único de Medicamentos del SSMP.

VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

1. Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI: _____ NO: _____
Si existe riesgo por favor justifíquelo: _____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Está autorizada por el INVIMA la comercialización y expendido en Colombia del medicamento para este diagnóstico: SI: _____ NO: _____ No sabe: _____
3. El medicamento a prescribir se encuentra en fase experimental: SI: _____ NO: _____
4. Existe evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica: _____
Descripción de la evidencia: _____
5. Guía de Práctica Clínica actualizada de soporte: _____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Análisis especializados, antibiogramas u otras pruebas que sirvan de soporte para el uso de esta medicación: _____
_____
_____
_____
_____
_____

VII. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN DE URGENCIA VITAL (Diligenciar en caso de que el medicamento haya sido autorizado por Urgencia Vital).

Se validó o aprobó por Urgencia Vital o prioridad clínica: SI: _____ NO: _____
Fecha en que se aprobó: _____
ESMP, Hospital, IPS en donde se validó o aprobó: _____ ESMP, Hospital, IPS o proveedor que suministró: _____ ESMP, Hospital o IPS donde se administró: _____

NO se validarán o aprobarán tratamientos experimentales, ni medicamentos expresamente excluidos en el Acuerdo CSSMP de Gestión Farmacéutica y MUMT vigente. Si se requiere información o documentación adicional se solicitará al profesional tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos días siguientes.
"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente. Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo, dispositivo médico u otro servicio requerido, ni soy representante legal, miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el ARTÍCULO 35 numerales 1°. y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas."

Nombres y Apellidos del profesional Solicitante: _____
No. Cédula: _____ **Registro Médico:** _____ **Especialidad:** _____ **Nombre de la IPS ESMP u Hospital en la que labora:** _____

NOTA: Señor(a) usuario(a): Este formato tiene vigencia por el tiempo aprobado, Recuerde solicitar su cita por lo menos un mes antes del vencimiento del mismo, para ser evaluado oportunamente por el Especialista tratante,

FORMULARIO Nro. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía _____, cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO".**

Yo **(Nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma)**, de conformidad con lo establecido en el **(En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás)**, me permito presentar, en nombre de **(Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa)**, propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía _____, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO",** en la Unidad Prestadora de Santander- Regional de Aseguramiento No. 5." conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechas al mismo.

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

4. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, me obligo a **CONSTITUIR Y PRESENTAR** Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la comunicación de la

aceptación de oferta la garantía única a favor de la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**, NIT 804012688-5, la cual cubrirá los riesgos de

- ***CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO***
- ***CALIDAD DEL SERVICIO O BIEN***
- ***PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES***
- ***DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL*** (esta última en caso de que se requiera)

5. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

6. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

7. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

8. Que la presente propuesta consta de _____ ( ) folios.

9. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (**Dirección para notificaciones**): Teléfono(s): Fax Correo Electrónico:_____

10. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro de la aceptación de oferta respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (**Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario**).

11. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

12. El plazo de ejecución de la aceptación de oferta que se derive del presente proceso, se inicia a partir de la aprobación de la garantía única y hasta el vencimiento del plazo o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.

13. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
14. Los valores de la oferta económica son presentados en la plataforma SECOP II.

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones
NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

FORMULARIO Nro. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____ Ciudad _____

Dirección _____Teléfono _____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO Nro. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señor(s).
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

El (los) suscrito(s) a saber: **(Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente)** domiciliado en (**Domicilio de la persona firmante**), identificado con **(Documento de Identificación de la persona firmante, y lugar de expedición**), quien obra en calidad de (**Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica**), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 adelanta un proceso de contratación de mínima cuantía.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación de mínima cuantía aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución de la aceptación de oferta que pueda celebrarse como resultado de su propuesta

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación de mínima cuantía y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que

por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 durante el desarrollo de la aceptación de oferta que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de mínima cuantía.

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (**Ciudad donde se firma el presente documento**) a los (**Día del mes en letras y números, días del mes de del año**).

El proponente:

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

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

FORMULARIO Nro. 4

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD Nro. 5
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de MINIMA CUANTIA., Número _____ cuyo objeto es la : **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR LOS JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO"**

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

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

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO – FOREAM

Invima	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	VIGILANCIA
	FORMATO REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS - FOREAM	
	Código: IVC-VIG-FM026 | Versión: 01°. | Fecha de Emisión: 05/04/201°. 6	Página 1°. 1°. 9 de 1°. 41°.

1°. INFORMACION DEL REPORTANTE

Fecha de notificación			Origen del reporte Departamento – Municipio	Nombre de la Institución donde ocurrió el evento	Código PNF
AA	MM	DD			

Nombre del Reportante primario	Profesión del Reportante primario	Correo electrónico institucional del Reportante primario

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento del paciente			Edad del paciente en el momento del EA		Documento de identificación del paciente							Iniciales del paciente	Sexo			Peso	Talla
			Edad	Años/Meses / días	CC	TI	RC	NUIP	Cód. Lab	Otro	S/I		M	F	S/I	(Kg)	(cm)
AA	MM	DD															

Diagnóstico principal y otros diagnósticos:

3. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una "S" el (los) sospechoso(s), con una "C" el (los) concomitantes y con una "I" las interacciones.

S/ C/I	Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre genérico)	Indicación	Dosis	Unidad de medida	Vía de administración	Frecuencia de administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización

Información comercial del medicamento sospechoso

Titular del Registro sanitario	Nombre Comercial	Registro sanitario	Lote

4. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Fecha de Inicio del Evento Adverso			Evento adverso:
AA	MM	DD	

Descripción y análisis del Evento Adverso:	Desenlace del evento (Marcar con una X) □ Recuperado / Resuelto sin secuelas □ Recuperado / Resuelto con secuelas □ Recuperando / Resolviendo □ No recuperado / No resuelto □ Fatal □ Desconocido **Seriedad (Marcar con X)** □ Produjo o prolongó hospitalización □ Anomalía congénita □ Amenaza de vida □ Muerte (Fecha:_____) □ Produjo discapacidad o incapacidad permanente / condición médica importante

	SI	No	No sabe
¿El evento se presentó después de administrar el medicamento?			
¿Existen otros factores que puedan explicar el evento (medicamento, patologías, etc.)?			
¿El evento desapareció al disminuir o suspender el medicamento sospechoso?			
¿El paciente ya había presentado la misma reacción al medicamento sospechoso?			
¿Se puede ampliar la información del paciente relacionando con el evento?			

ANEXO No. 15

Acuerdo Número 070 De 2019 (Agosto 2) "Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

(VER ANEXO ARCHIVO)

ANEXO N° 16

(Plan de Servicios de Sanidad Policial - Acuerdo 002 CSSMP de 2001)

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

ANEXO N° 17

(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo 080 DEL 2022)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

ANEXO N°. 18

(Resolución No. 057del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 Por la cual de modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

Usuario Solicitante:	MHlmartinc	LILIANA MARIA MARTINEZ CARRENO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-030	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -
Fecha y Hora Sistema:	18/03/2026 12:00:00 a. m.	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	37726	Fecha Registro:	2026-03-18	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5			
Estado.:	Generado	Valor Inicial:	117.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	117.000.000,00	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO
030 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
Total:	117.000.000,00	0,00	117.000.000,00

Objeto:	PROCESO DE CONTRATACION PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS USUARIOS DESAN CPAA 0156-26

Firma Responsable

SIIF Nación

Certificado de Disponibilidad Presupuestal -- Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHlmartinc	LILIANA MARIA MARTINEZ CARRENO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-030	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5
Fecha y Hora Sistema:	18/03/2026 12:00:00 a. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "ítems de afectación de gastos"

Número:	37726	Fecha Registro:	2026-03-18	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo:	Gasto		Uso Caja Menor	Ninguno
Valor Inicial:	117.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00		Valor Actual.:	117.000.000,00	Saldo x Comprometer:	117.000.000,00	Vr. Bloqueado 0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	37726	Fecha Registro:	2026-03-18	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
030 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF						
					Total:	117.000.000,00	0,00	117.000.000,00	117.000.000,00	0,00

Objeto:	PROCESO DE CONTRATACION PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS USUARIOS DESAN CPAA 0166-26

PUN-08 LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO
Jefe de Presupuesto

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.5

Nit: 804012688

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 167

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

CERTIFICA:

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de CIENTO DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE *** $117,000,000.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: PROCESO DE CONTRATACION PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOSPARA EL MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS USUARIOSDESAN CPAA 0166-26

Estado: **AUTORIZADO**
Area Solicitante: ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER
Nombre Solicitante: TC ANDREA CAROLINA CONTRERAS
Fecha Solicitud: 18/03/2026
Observaciones: **REVISÓ:**
Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL									DESCRIPCION	VIGENCIA	VALOR
		Tpo	Cla	Cta	Scta	Obg	Ord	Sord	Aux	Recu			
01522600	ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER	0	2	020	200	9				16	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES*	2026	$117,000,000.00
											TOTAL		$117,000,000.00

Expedido a los 18 dias del mes de Marzo de 2026 en la ciudad de BUCARAMANGA

CPS-4. MARTINEZ CARREÑO LILIANA MARIA
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO