REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 5

Floridablanca, 15/05/26

Señora
ANA MARIA PEREZ RAMIREZ
Gerente de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE
Ubicado en la Cra 4ta 5-30 Barrio El Carmen
Tibú Norte de Santander

Asunto: Solicitud de oferta **PN RASES Nº 5 CD 072 2026**

La Policía Nacional - Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 5, se permite invitarlos a presentar oferta para el proceso contractual que pretende contratar cuyo objeto es la "**PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER**". Así:

1. INFORMACIÓN GENERAL

La presente Invitación contiene disposiciones de tipo general aplicables a los diferentes procesos que efectúa la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 5; igualmente cuenta con Anexos dispuestos y preparados por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 5 y Formularios los cuales deben ser diligenciados en su integridad por el proponente.

2. DATOS DEL PROCESO.

OBJETO	"PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER". **CLASIFICACIÓN UNSPSC** | **Segmento** | **Familia** | **Clase** | **Producto** 85101501 | Servicios de salud | Servicios integrales de salud | Centros de salud | Servicios hospitalarios de emergencia o quirúrgicos

FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

La presente contratación se realizará por la modalidad de ***CONTRATACIÓN DIRECTA – CONTRATO INTERADMINISTRATIVO***, desarrollado en la normatividad legal vigente, de conformidad con lo establecido en la Ley 1150 de 2007 en su artículo 2º numeral 4 literal C, y el articulo 2.2.1.2.1.4.1 del Decreto No. 1082 de 2015, el cual establece que: "la modalidad de selección para la contratación entre entidades estatales es la contratación directa."

PARTICIPANTE

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE con número NIT. 807008857-9.

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS

Los servicios de salud se prestarán en los municipios y corregimientos del Departamento Norte de Santander, en el que tenga sede la E.S.E. Hospital Regional Norte cuente con sede debidamente habilitada por la secretaria de Salud Departamental, así:

Nombre Municipio	Numero de sede	Sede Nombre	Dirección	Teléfono
BUCARASICA	07	CENTRO DE SALUD BUCARASICA	AL LADO DEL PARQUE	3138136507
BUCARASICA	12	PUESTO DE SALUD LA CURVA	FRENTE A LA CAPILLA	3138136507
BUCARASICA	22	PUESTO DE SALUD LA SAN JUANA	FRENTE A LA CAPILLA	5663847-5663240
EL TARRA	13	CENTRO DE SALUD EL TARRA	KDX K8 – 080 barrio buenos Aires	3218846630
EL TARRA	14	PUESTO DE SALUD FILOGRINGO	AL LADO DE LA ESCUELA	3218846630
EL TARRA	15	PUESTO DE SALUD ORU	FRENTE AL PARQUE	3218846630 5663847
EL TARRA	20	FILO DE LA VIRGEN	FILO DE LA VIRGEN	5665202
PUERTO SANTANDER	08	CENTRO DE SALUD PUERTO SANTANDER	CARRERA 3# 3 - 171	3144147006
SARDINATA	09	HOSPITAL SAN MARTIN	CARRERA 4 4-45	3218842828
SARDINATA	10	CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES	CARRERA 3 CALLE 5 BARRIO EL CARMEN	5850509
SARDINATA	11	CENTRO DE SALUD LA VICTORIA	AL LADO DEL PARQUE	5663847-5663240 -313834223
SARDINATA	17	PUESTO DE SALUD LUIS VERO	KDX 63	5665202-3218842828
SARDINATA	21	CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE LOBO	CORREGIMIENTO SAN MARTIN DE LOBO	3218842828
TIBÚ	01	HOSPÍTAL SAN JOSE DE TIBU	CARRERA 4ta # 5-30 BARRIO EL CARMEN	3223396778- 5663847
TIBÚ	02	PUESTO DE SALUD PACCELLY	DETRÁS DE LA IGLESIA	3223396778- 5663240
TIBÚ	03	CENTRO DE SALUD LA GABARRA	CALLE PRINCIPAL	3223396778-5862184
TIBÚ	04	CENTRO DE SALUD CAMPO DOS	FRENTE A LA PLAZUELA	3504138848- 5663240
TIBÚ	05	PUESTO DE SALUD PETROLEA	CALLE PRINCIPAL	3504138848-5663240
TIBÚ	19	PUESTO DE SALUD CARIKACHABOQUIRA	RESGUARDO INDIGENA CATALAURA	56652023504138848

FORMA DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

Se adjudicará el contrato en forma TOTAL, UNA VEZ PRESENTADA LA DOCUMENTACION, ESTA SERA SOMETIDA A VERIFICACION POR PARTE DE LOS RESPECTIVOS COMITES JURIDICO, TECNICO Y ECONÒMICO, QUIENES EMITIRAN UN CONCEPTO HABILITANTE O NO HABILITANTE.

PRESUPUESTO OFICIAL

Para dar cumplimiento al objeto del presente proceso de contratación, la entidad cuenta con un presupuesto de **DIECISIETE MILLONES PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.000.000,00) INCLUIDO IVA,** distribuidos de la siguiente manera:

<u>Vigencia 2026:</u> DIECISIETE MILLONES PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.000.000,00) INCLUIDO IVA.

VIGENCIA	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO INLCUIDO IVA PARA CADA VIGENCIA	Valor total Incluido IVA

2026	02-02-02-003-009	**REGIS-UPRES DENOR**	PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	16	Global	**$17.000.000,00**	**$17.000.000,00**
				TOTAL				**$17.000.000,00**

El anterior presupuesto está Amparado con el certificado de Disponibilidad presupuestal **SIIF Nro. 52726 SIF Nro. 325** del **14 de mayo 2026** Expedido por la Jefe de Presupuesto de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 5**

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 por parte de la Red Integral de Servicios de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander Establecimiento de Sanidad Policial Departamento de Norte de Santander o autorización escrita de la Oficina de Redes Integrales ubicada en la ciudad de Cúcuta según lo establecido en las condiciones generales del servicio - **ANEXO DE CONDICIONES TECNICAS** del presente estudio previo.

Así mismo y para efectos de facilitar la ejecución del contrato, **La Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 5** ha aplicado en concordancia con el Decreto 4747 de 2007 compilado en el decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 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, esta Unidad, ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación:

Correos electrónicos: denor.upres-rin@policia.gov.co y denor.upres-aut@policia.gov.co teléfono 3505853144 y la autorización de los servicios de atención de Urgencias Diferida (Prioritaria) se realizará las 24 horas del día en los correros electrónicos: disan.griss-cfr@correo.policia.gov.co; disan.referral@policia.gov.co; disan.arasi-aut@policia.gov.co; disan.arasicrf@policia.gov.co; Teléfono: (037) 5804400, extensiones 7646, 7426, 7695, 7617, Vía Avantel: 3504131671 y 3505546128, respectivos del Servicio de Urgencias y la Oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander.

La verificación de derechos (Según el Decreto 4747 de 2007 compilado en el decreto 780 de 2016) la realiza el Asegurador una vez se solicite el servicio; a la Dirección de Sanidad por medio de los Responsables de la Oficina de Redes Integrales antes de expedir las autorizaciones de servicios electivos con la red externa contratada; verificará en SISAP los derechos en salud de los usuarios y en la Base de Datos Única de Afiliaciones (BDUA-ADRES) , con el fin de acreditar el estado ACTIVO de afiliación del paciente ante la IPS.

Para la red externa contratada ante la solicitud de atención inicial de urgencias y hospitalización, la central de autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander verificará en SISAP los derechos en salud de los usuarios y en la Base de Datos Única de *Afiliaciones* (BDUA-ADRES), con el fin de acreditar el estado ACTIVO de afiliación del paciente ante la IPS.

	No obstante, el prestador de salud puede verificar la identidad del usuario a través del documento de identificación, el cual es un documento oficial que establece la identidad y la nacionalidad del titular. **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 del CSSMP y Acuerdo 080 del 2022 del SSMP (sistema de salud de las fuerzas militares y Policía) **Nota 2:** Los servicios requeridos por la Regional que no hayan quedado descritos en el "ANEXO "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS" 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 Redes Integrales al siguiente correo disan.rases-rei@policia.gov.co denor.upres-rin@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.
PLAZO DE EJECUCION	Desde la entrega de la carta de inicio de ejecución del contrato hasta el día **31 de octubre de 2026 o** hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero.
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 19 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 No. 5

5. Todos los pagos a que se compromete la Regional, serán cancelados dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes 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/O SUMINISTRO Y/O DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS (únicamente intrahospitalarios) se enumeran a continuación: **Enviar la facturación a la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, ubicada en la Calle 22 N° 2-03 Urbanización Tasajero de la Ciudad de Cúcuta.**

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, cuando se trate de facturación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de 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: **ximena.leal@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 facturas 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 Público 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.
Adicionalmente, se deberá solicitar los siguientes soportes en las facturas de urgencias médicas:
•Formato de información a terceros.
•Certificación bancaria.
•Fotocopia del RUT actualizada
•Fotocopia cédula representante legal.
•Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad de Sanidad.
•Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

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.

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 Nº 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 Nº 5-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, 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.
•Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.
•Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.
•Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007.
•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 N** 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. 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." **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.
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS	El Manual de Contratación para la Policía Nacional y las necesidades de la Institución, por consiguiente, se da aplicabilidad a lo establecido en el decreto 1082 de 2015 en su artículo **2.2.1.2.1.4.5. *No obligatoriedad de garantías.*** De igual forma lo contemplado en la Resolución No. 001755 del 26 de mayo de 2017 por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	VER ANEXO **No. 3**
OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5	VER ANEXO **No. 4**

NOTA: Debido a la necesidad de dar continuidad a los servicios de salud a los usuarios del SSPN y en atención a lo establecido en el decreto 441 de 2022, teniendo en cuenta que la Regional de Aseguramiento en Salud es una entidad desconcentrada sujeta en ese entendido a los lineamientos emitidos por el Nivel Central, se solicitó concepto respecto de la aplicación de la norma referida. Por lo tanto, las partes acuerdan que una vez allegado el concepto en cuanto a las indicaciones técnicas, financieras y jurídicas para la aplicación del Decreto 441 de 2022, se realizaran las modificaciones contractuales que sean necesarias

3. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El Coordinador del contrato será un Auxiliar De Enfermería adscrito a la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander o quien haga sus veces o a quien con posterioridad designe el Contratante, 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".
La Regional de Aseguramiento en Salud No.5 aplicará mecanismos de seguimiento a la ejecución y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del contrato.

- De común acuerdo se establecerán los mecanismos para la solución de conflictos que pudieran presentarse durante la ejecución del contrato.
- El supervisor del contrato realizara seguimiento continuo, garantizando la eficiente y oportuna ejecución 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, 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.
- 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.
  El supervisor del contrato podrá informar al contratista los temas de capacitación, inducción y re inducción de, manera mensual o de forma extraordinaria si se presenta un evento que amerite.

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Las contenidas en el Anexo **Nro. 1** Condiciones Técnicas

5. OFERTA ECONÓMICA

Las contenidas en el Anexo **Nro. 2** Oferta Económica

6. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

RESOLUCIÓN DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA	*Fecha:*
ENVIO O CARGUE DE LA PROPUESTA	*La oferta debe ser ingresada a la plataforma SECOP II según indicaciones dadas en la presente invitación y de acuerdo a los parámetros establecidos en la mencionada plataforma a los Proveedores* ***con fecha límite según cronograma establecido en SECOP II.*** ***NOTA****: Se aclara que una vez cargada la oferta en la plataforma SECOP II se descargara y se enviará a los evaluadores, es decir no se requiere esperar hasta la fecha límite establecida en el cronograma para el cargue de la propuesta.*
EVALUACIÓN, VERIFICACIÓN Y REQUERIMIENTO DE LA PROPUESTA	Fecha: (04) cuatro días hábiles posteriores al recibo de la documentación por parte de la entidad **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE identificado** con el NIT. 807008857-9.
PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS AL OFERENTE	*Dentro de (01) un día hábil siguiente al requerimiento de los mismos.*
REEVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL INFORME DE VERIFICACIÓN –ACTA AVAL	*Dentro de (02) dos días hábiles siguientes a la fecha de presentación de los Requerimientos.*
OBSERVACIONES AL ACTA AVAL	*Dentro de (01) un día hábil siguiente a la fecha de publicación del informe de verificación-acta aval.*
RESPUESTA A OBSERVACIONES	*Dentro de (01) un día hábil siguiente al plazo otorgado al proponente para presentar observaciones a la evaluación.*
RESOLUCION DE ADJUDICACION	*Mediante Resolución de Adjudicación en la que consta la aceptación de la propuesta. Previo cumplimiento de los requisitos jurídicos, técnicos y económicos.*
MINUTA DEL CONTRATO	*Dentro de (05) cinco días hábiles una vez sea expedida la resolución de adjudicación.*

7. PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La oferta deberá presentarse en la plataforma SECOP II de Colombia Compra Eficiente de acuerdo a los términos establecidos para este proceso de contratación.

a. *El idioma del presente proceso de contratación será el castellano y por lo tanto, se solicita que todos los documentos y certificaciones a los que se refiere la Invitación emitida en idioma diferente al castellano, sean presentados en su idioma original y en traducción simple al castellano.*

b. *No se aceptarán propuestas enviadas por correo electrónico o fax.* ***Las propuestas que se remitan después de la fecha y hora fijadas para ello no serán recibidas por la plataforma SECOP II*** *de Colombia Compra Eficiente. Con el fin de ingresar los datos al Sistema Integral de Información Financiera "SIIF", los Proponentes que participen en este proceso de contratación diligenciarán el* ***Formulario No. 2*** *denominado* ***"Datos básicos beneficiario cuenta".***

c. *Todos los documentos exigidos se incluirán en la propuesta,* ***debiendo ser legibles****.*

d. *Serán de cargo del proponente todos los costos asociados a la preparación y presentación de su propuesta y la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5, en ningún caso, será responsable de los mismos.*

e. *El Oferente deberá utilizar y diligenciar la totalidad de los formatos que suministre la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 en la plataforma SECOP II y adjuntarlos a la oferta.*

ANEXO No. 1	ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA COMO CUMPLE O NO CUMPLE.
ANEXO No. 2	OFERTA ECONOMICA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA NO SOBREPASANDO LOS PRECIOS TECHO.
ANEXO No. 3	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	DE ACUERDO A LAS ESTABLECIDAS EN LA INVITACION.
ANEXO No. 4	OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5	DE ACUERDO A LAS ESTABLECIDAS EN LA INVITACION.
ANEXO No. 5	CERTIFICACION DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
ANEXO No. 6	FORMULARIO CERTIFICACION TECNICA Y NIVEL DE EDUCACION O ACADEMICO	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
ANEXO No. 7	RELACIÓN DE TALENTO HUMANO de médicos Especialistas y Subespecialistas.	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
ANEXO No. 8	CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
ANEXO No. 9	CERTIFICACION HOJA DE VIDA EQUIPOS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
ANEXO No. 10	OPORTUNIDAD DE LA ATENCION	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
ANEXO No. 11	FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
ANEXO No. 12	ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.	PARA CONOCIMIENTO DEL OFERENTE.
ANEXO No. 13	PROCEDIMIENTOS NO POS (Formatos)	PARA CONOCIMIENTO DEL OFERENTE.
FORMULARIO No. 1	CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
FORMULARIO 2	FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD FORMULARIO 2	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
FORMULARIO No. 3	COMPROMISO ANTICORRUPCION	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
FORMULARIO No. 4	FORMATO DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.

8. REQUISITOS HABILITANTES

El proponente deberá presentar su oferta en original y con los siguientes documentos:

10.1 REQUISITOS DE ORDEN JURÍDICO

- ✓ Carta de Presentación de la Propuesta (El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el FORMULARIO No. 1 de la presente invitación.
- ✓ Acto Administrativo de nombramiento y Acta de Posesión del Representante Legal.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la entidad y del Representante Legal.
- ✓ 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.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación del Representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Certificado de antecedentes judiciales del Oferente o su Representante Legal.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Certificado de antecedentes de medidas correctivas del Representante Legal.
- ✓ FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD FORMULARIO 2.
- ✓ COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el FORMULARIO No. 3 de la presente invitación.
- ✓ Certificación firmada por el representante legal, manifestando no encontrarse en curso de inhabilidad para contratar con el estado.

- ✓ Certificación **(REDAM) CERTIFICADO NACIONAL DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM** del representante legal de la entidad oferente o de la persona natural según sea el caso. (Obligatorio). Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no este reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC,

10.2 REQUISITOS ECONOMICOS

- ✓ **Oferta Económica.** El Oferente deberá anexar a su propuesta la oferta económica de forma impresa de acuerdo al ANEXO Nro. 2 OFERTA ECONOMICA de la presente invitación.
- ✓ **Certificación Bancaria**. El Oferente deberá anexar a su propuesta certificación de la entidad bancaria respectiva en la cual se indique nombre del titular, número de cuenta, sucursal y tipo de cuenta (corriente o ahorro), con el fin de estipularla dentro del contrato que se suscriba en desarrollo del presente proceso y realizar allí las consignaciones resultantes de los pagos del contrato.
- ✓ **Formato de Datos Básicos Beneficiario Cuenta**. El Oferente debe diligenciar y anexar a su propuesta el Formato Datos Básicos Beneficiario Cuenta - FORMULARIO No. 4 de la presente invitación.
- ✓ **Fotocopia RUT**.
- ✓ **Resoluciones** de precios de las diferentes consultas, procedimientos, medicamentos, material de osteosíntesis, insumos, transporte de ambulancia que la entidad ofertó bajo resolución de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE.
- ✓ **Resolución Tarifa de Oxígeno de la entidad oferente.**

10.3 REQUISITOS TECNICOS

CRITERIOS TÉCNICOS MÍNIMOS HABILITABLES

Las especificaciones técnicas mínimas requeridas contempladas en la Invitación, fueron realizadas por el responsable del proceso, y son el resultado del análisis de las necesidades para los productos solicitados, las cuales se encuentran debidamente detalladas en el anexo CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE

Así mismo, es necesario que el oferente presente el requerimiento descrito a continuación:

- ✓ Diligenciamiento del **ANEXO Nro. 1** "Especificaciones técnicas mínimas habilitables" de verificación y de obligatorio cumplimiento.
- ✓ Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud Departamental designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud el Municipio de Tibu – Norte de Santander
- ✓ Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado.
- ✓ MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente.
- ✓ listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención.
- ✓ Relación de servicios de salud habilitados y tecnologías en salud ofertadas de acuerdo al decreto 441 de 2022.

11. COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS:

Es necesario que el oferente cumpla y presente el requerimiento descrito a continuación:

La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

- ✓ Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.

- ✓ 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".
- ✓ La Resolución 3100 del 25 de noviembre de 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
- ✓ Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
- ✓ Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

para lo anterior, deberá diligenciar y presentar **ANEXO Nro. 5** de la presente invitación **"CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA"** firmada por el representante legal de la entidad oferente.

11.2 FORMATO NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO/ 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 y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con Inscripción en el RETHUS; con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo (1) **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.

PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL		
CARGO	**CANT.**	**REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO**
BACTERIOLOGO	1	Requisito: Profesional en bacteriología, con título 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 el Curso vital básico y avanzado vigente.
MEDICO GENERAL	1	Requisito: Profesional en medicina, con título 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 el Curso vital básico y avanzado vigente.
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	Requisito: Tener título de técnico en enfermería, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el Curso vital básico y avanzado vigente.
ODONTOLOGO	1	Requisito: Profesional en odontología, con título 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 el Curso vital básico y avanzado vigente.
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	1	Requisito: Tener título de técnico auxiliar de odontología, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el Curso vital básico y avanzado vigente.
ENFERMERA PROFESIONAL	1	Requisito: Tener título de enfermera, expedido por una institución de educación superior aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el Curso vital básico y avanzado vigente.

11.3 EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Cada uno de los especialistas solicitados y propuestos por el oferente debe contar con una experiencia mínima de un (1) AÑO CERTIFICADA en la respectiva especialidad.

DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR "FORMATO NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO/ EXPERIENCIA DEL PERSONAL ANEXO 6"

11.4 CAPACIDAD OPERATIVA

La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones, elementos y recursos necesarios, para atender a la población de usuarios en los Municipios TIBÚ, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO

SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DEL MISMO, EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER y su área de influencia, 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.

Nombre Municipio	Numero de sede	Sede Nombre	Dirección	Teléfono
BUCARASICA	07	CENTRO DE SALUD BUCARASICA	AL LADO DEL PARQUE	3138136507
BUCARASICA	12	PUESTO DE SALUD LA CURVA	FRENTE A LA CAPILLA	3138136507
BUCARASICA	22	PUESTO DE SALUD LA SAN JUANA	FRENTE A LA CAPILLA	5663847-5663240
EL TARRA	13	CENTRO DE SALUD EL TARRA	KDX K8 – 080 barrio buenos Aires	3218846630
EL TARRA	14	PUESTO DE SALUD FILOGRINGO	AL LADO DE LA ESCUELA	3218846630
EL TARRA	15	PUESTO DE SALUD ORU	FRENTE AL PARQUE	3218846630 5663847
EL TARRA	20	FILO DE LA VIRGEN	FILO DE LA VIRGEN	5665202
PUERTO SANTANDER	08	CENTRO DE SALUD PUERTO SANTANDER	CARRERA 3# 3 - 171	3144147006
SARDINATA	09	HOSPITAL SAN MARTIN	CARRERA 4 4-45	3218842828
SARDINATA	10	CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES	CARRERA 3 CALLE 5 BARRIO EL CARMEN	5850509
SARDINATA	11	CENTRO DE SALUD LA VICTORIA	AL LADO DEL PARQUE	5663847-5663240 -313834223
SARDINATA	17	PUESTO DE SALUD LUIS VERO	KDX 63	5665202-3218842828
SARDINATA	21	CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE LOBO	CORREGIMIENTO SAN MARTIN DE LOBO	3218842828
TIBÚ	01	HOSPÍTAL SAN JOSE DE TIBU	CARRERA 4ta # 5-30 BARRIO EL CARMEN	3223396778- 5663847
TIBÚ	02	PUESTO DE SALUD PACCELLY	DETRÁS DE LA IGLESIA	3223396778- 5663240
TIBÚ	03	CENTRO DE SALUD LA GABARRA	CALLE PRINCIPAL	3223396778-5862184
TIBÚ	04	CENTRO DE SALUD CAMPO DOS	FRENTE A LA PLAZUELA	3504138848- 5663240
TIBÚ	05	PUESTO DE SALUD PETROLEA	CALLE PRINCIPAL	3504138848-5663240
TIBÚ	19	PUESTO DE SALUD CARIKACHABOQUIRA	RESGUARDO INDIGENA CATALAURA	56652023504138848

La entidad deberá garantizar e identificar la capacidad de instalaciones, equipos, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que hacen parte esencial para el cumplimiento del presente objeto contractual, esta se podrá constatar en el portafolio de servicios de la entidad y en las especificaciones técnicas mínimas.

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR **ANEXO No. 8** DE LA PRESENTE INVITACION **"CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL"** FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.

1.2.5 OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES

1.2.5.1 Equipos utilizados: El Oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO No. 9 HOJA DE VIDA EQUIPOS** de la presente invitación que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL donde consta el buen estado de funcionamiento, mantenimiento y calibraciones de acuerdo a su ficha técnica de cada uno de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos.

1.2.5.2 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.

1.2.5.3 MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

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 No.11 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.

Para efectos de la presente invitación, se considerará que la propuesta es hábil siempre que cumpla con la totalidad de los requisitos de orden Jurídico, Económico y Técnico, y cuando la misma no supere la tarifa techo asignado.

VEEDURÍAS CIUDADANAS

En cumplimiento al artículo 66 de la Ley 80 de 1993, artículos 1,4, 5 y 9 de la Ley 850 de 2003 y el Decreto 1082 de 2015, se convoca a todas las Veedurías ciudadanas para que realicen el control social correspondiente a los procesos que realice la Regional de Aseguramiento en Salud N°5 de la Policía Nacional.

Atentamente,

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

Elaboro:
IJ MARVIN ALEXIS RUIZ SIERRA
Analista de Contratos RASES No 5

Revisó:
CT OSCAR JAVIER MERINO CHAMORRO
Jefe Grupo de contratos RASES 5

Revisó:
PES 02 LEIDY VIVIANA GONZALEZ VEGA
Abogado RASES No 5

Revisó
IJ JOHN EDGARDO RACHON ROJAS
Analista de Contratos RASES No 5

Revisó:
MY LEONARDO VEGA CALA
Jefe Área Logistico y Financiero RASES No 5

TRANSVERSAL 154 24 - 145 LOCAL 10
CR Vista Azul Campestre Barrio el Bosque
Floridablanca (Santander).
Teléfono(s) 607-7008600 Ext. 7235
desan.rases-com@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO Nro. 1

CONDICIONES TÉCNICAS

Las siguientes son las condiciones Técnicas Mínimas que deben cumplir los oferentes. Quienes deberán marcar con una X (CUMPLE –NO CUMPLE). Aclarando que para las condiciones que no guarden ninguna relación con el proceso para el cual están presentando oferta. Deberán marcar NO APLICA.

CONDICIONES TÉCNICAS

ITEM	DESCRIPCION	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El Oferente deberá diligenciar el Anexo de CUPS requeridos el cual se encuentra en archivo Excel bajo el nombre "ANEXO CUPS TIBU VALORES-2026" como anexo del presente estudio previo el cual será publicado con la invitación del proceso. **El anexo contiene una columna para que la entidad ofertante registre con una (X) al frente de cada CUPS SI OFRECE o NO OFRECE el procedimiento. ADICIONALMENTE, DEBERÁ COLOCAR LA TARIFA OFERTADA PARA CADA CUPS. Favor no modificar el formato.** Este anexo debidamente diligenciado debe adjuntarse junto con la propuesta en la plataforma de SECOP II en formato Excel con el nombre ANEXO CUPS Tibú.			
2	**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 designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en los MUNICIPIOS DE TIBÚ, BUCARASICA, EL TARRA, PUERTO SANTANDER, SARDINATAEN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER. **B.** Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado. **C.** MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente.		
3	La entidad oferente deberá cumplir con la Resolución No. 5596 de 2015 "Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage" cumpliendo con la prioridad y oportunidad de atención establecido en la misma de acuerdo a la clasificación realizada. Triage I: Atención inmediata, Triage II: Requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. Triage III, Triage IV y Triage V: La institución prestadora de servicios de salud que tenga habilitado el Servicio de Urgencias debe establecer tiempos promedio de atención que serán informados a los pacientes y sus acompañantes. Los tiempos promedio de atención deben ser publicados en un lugar visible del servicio de urgencias.		
4	PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS UNICAMENTE INTRAHOSPITALARIOS: a. La prescripción de medicamentos deberá estar referida con base en las especificaciones técnicas establecidas en el Acuerdo 080 de 2022 Manual Único de Medicamentos para las Fuerzas Militares y Policía Nacional.		

5	La atención del servicio de URGENCIAS se prestará teniendo en cuenta: 1. Las definiciones que para el caso establece la Ley Colombiana: Decreto 412 del 6 de marzo de 1992 y demás reglamentaciones que se expidan al respecto. 2. Para el caso de las urgencias vitales (esto no aplica en la atención ambulatoria), se autoriza la atención por las especialidades previstas en el portafolio de servicios de la entidad, las cuales deberán contar con los soportes respectivos de justificación de la urgencia, así mismo deberá anexar a la factura de cobro, la autorización emanada de la OFICINA DE REDES INTEGRALES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER. 3. EL CONTRATISTA debe garantizar los servicios complementarios para la atención de urgencias a través de servicios propios o disponibles, a saber, hospitalización, sala de partos, radiología básica, laboratorio clínico, quirófano y suministro de medicamentos para la atención de la urgencia. 4. Las ayudas diagnósticas (Radiología y Laboratorio Clínico) solicitadas en urgencias serán solamente las necesarias para la atención inicial de urgencias y estarán bajo los parámetros establecidos por la Dirección de Sanidad basados en el Instructivo 013. De 2013 AGESA DISAN que habla de la MALLA DE PERTINENCIA para la Referencia y Contrareferencia.		
6	La atención de los servicios de HOSPITALIZACIÓN se prestará con base en: 1. Los usuarios que requieran hospitalización serán internados en habitación Bi-personal (esta se reconocerá según el nivel de atención requerida como habitación de primero, segundo o tercer nivel), exceptuando los casos en donde las indicaciones médicas justificadas por la patología, requieran de otro tipo de habitación (Cuidados Especiales o aislamientos). 2. La hospitalización y observación estarán supeditadas al triage establecido en la resolución 5596 del 2015. 3. La hospitalización debe ser notificada dentro del PRIMER DIA HÁBIL a la OFICINA DE REDES INTEGRALES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, mediante correo electrónico denor.upres-rei@policia.gov.co, aplicando el procedimiento de Referencia y Contrareferencia del caso. NOTA: Esta atención deberá contar con el formato de autorizaciones de la Oficina de Referencia y Contra-referencia de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, de lo contrario el servicio no se reconocerá para pago.		
7	SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA AMBULATORIA. Para la contratación de los SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS AMBULATORIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD, se deberán tener en cuenta las siguientes características técnicas: 1. La atención de especialidades deberá contar con la respectiva remisión de Medicina General y la orden de autorización para la prestación del servicio emanada de la OFICINA DE REDES INTEGRALES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER. 2. SIEMPRE será requisito la orden médica (REFERENCIA) desde Medicina General. Será motivo de glosa médica definitiva, toda atención que se realice por Medicina especializada si no aportan la referencia desde Medicina General. Por lo tanto, toda referencia debe contar con Contrareferencia del especialista. 3. La atención quirúrgica debe llevar además de la solicitud de atención y la referencia, una autorización previa emitida por la OFICINA DE REDES INTEGRALES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, Caso contrario no se cancelará estos servicios. 4. En los casos quirúrgicos programados u hospitalizados en los que se autorice desde la OFICINA DE REDES INTEGRALES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, la atención quirúrgica, se incluye dentro de la autorización la valoración pre-quirúrgica por Anestesiología y Medicina Interna. 5. La MALLA DE PERTINENCIA para los servicios a contratar será la establecida en el MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA (instructivo 012 del 2020 DISAN PLANE) así: 6. En la atención de adultos y niños en el manejo y tratamiento de las enfermedades respiratorias se debe utilizar la METILPREDNISOLONA en concentraciones y dosis pertinentes a la edad. Ej:		

utilizar metilprednisolona de 40 miligramos en niños con síntomas respiratorios que ameriten su utilización. Utilizar concentraciones mayores serían motivos de glosa.
ESPECIALIDAD A LA QUE PUEDE REMITIR CADA ESPECIALIDAD (instructivo 012 del 2020 DISAN PLANE.)

DISCIPLINAS PUERTA DE ENTRADA

DISCIPLINAS GENERALES	DISCIPLINAS A REMITIR		
	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
MEDICINA GENERAL	Audiología	Anestesiología	Cardiología
	Fonoaudiología	Cirugía general	Cirugía pediátrica
	Gerontología	Dermatología	Gastroenterología
	Medicina familiar	Fisiatría	Neurocirugía
	Medicina laboral	Ginecología	
	Nutrición	Medicina interna	
	Salud ocupacional	Neurología	
	Terapia física	Neuropsicología	
	Terapia ocupacional	Obstetricia	
	Terapia respiratoria	Oftalmología	
	Enfermería	Ortopedia	
	Medicina general	Otorrinolaringología	
	Odontología general	Pediatría	
	Odontología pediátrica	Psiquiatría	
	Optometría	Radiología	
	Psicología	Urología	
	Trabajo social		
ENFERMERÍA	Nutrición	Obstetricia	
	Enfermería	Pediatría	
	Medicina general		
	Odontología general		
	Odontología pediátrica		
	Optometría		
	Psicología		
	Trabajo social		
ODONTOLOGÍA GENERAL	Fonoaudiología	Cirugía oral y maxilofacial	
	Higiene oral	Endodoncia	
	Nutrición	Estomatología	
	Enfermería	Ortodoncia	
	Medicina general	Ortopedia maxilar	
	Odontología general	Pediatría	

	Odontología pediátrica	Periodoncia	
	Optometría		
	Psicología		
	Trabajo social		
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA	Fisioterapia o terapia física	Anestesiología	
	Higiene oral	Cirugía oral y maxilofacial	
	Fonoaudiología	Endodoncia	
	Nutrición	Estomatología	
	Enfermería	Ortodoncia	
	Medicina general	Ortopedia maxilar	
	Odontología general	Pediatría	
	Odontología pediátrica	Periodoncia	
	Optometría	Rehabilitación oral	
	Psicología		
	Trabajo social		
OPTOMETRÍA	Ortóptica	Oftalmología	
	Enfermería		
	Medicina general		
	Odontología general		
	Odontología pediátrica		
	Optometría		
	Psicología		
	Trabajo social		
PSICOLOGÍA	Educación especial	Pediatría	
	Gerontología	Psiquiatría	
	Terapia ocupacional	Neuropsicología	
	Enfermería		
	Medicina general		
	Odontología general		
	Odontología pediátrica		
	Optometría		
	Psicología		
	Trabajo social		
PEDIATRÍA	Audiología	Anestesiología	Alergología
	Educación especial	Cirugía general	Cardiología
	Fonoaudiología	Cirugía oral y maxilofacial	Cardiología pediátrica
	Medicina familiar	Dermatología	Cirugía de la mano
	Nutrición general	Estomatología	Cirugía del tórax
	Terapia física	Fisiatría	Cirugía general y de cuello
	Terapia ocupacional	Ginecología	Cirugía oncológica
	Terapia respiratoria	Medicina interna	Cirugía pediátrica

		Enfermería	Neurología	Cirugía plástica	
		Medicina general	Neuropsicología	Cirugía vascular	
		Odontología general	Obstetricia	Clínica del dolor	
		Odontología pediátrica	Oftalmología	Endocrinología	
		Optometría	Ortopedia	Endocrinología pediátrica	
		Psicología	Otorrinolaringología	Gastroenterología	
		Trabajo social	Pediatría	Gastroenterología pediátrica	
			Psiquiatría	Genética	
			Radiología	Hematología	
			Urología	Infectología	
				Medicina nuclear	
				Nefrología	
				Nefrología pediátrica	
				Neonatología pediátrica	
				Neumología	
				Neumología pediátrica	
				Neurocirugía	
				Neurología pediátrica	
				Oftalmología de vítreo y retina	
				Oftalmología glaucoma	
				Oftalmología oculoplástica	
				Oftalmología pediatría y estrabismo	
				Onco hematología pediátrica	
				Oncología clínica	
				Proctología	
				Reumatología	
				Urología pediátrica	
		Enfermería	Pediatría		
		Medicina general			
		Odontología general			
	TRABAJO SOCIAL	Odontología pediátrica			
		Optometría			
		Psicología			
		Trabajo social			
	Para las demás disciplinas, verificar el instructivo 012 del 2020 DISAN PLANE.				
8	La atención de las Urgencias Médico Quirúrgicas se hará con base en lo establecido en el Decreto 412 de 1992 y demás reglamentaciones que se expidan al respecto mediante las cuales se reglamenta la atención de Urgencias				
9	La atención pre-hospitalaria APH de pacientes sospechosos y confirmados COVID 19, con base a la resolución 537 del 31 de marzo de 2020.				
10	Las urgencias médicas serán atendidas por profesionales de la Medicina que tengan título formal en Medicina General (o Medicina Especializada, cuando se requiera y sea justificada) expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, debe contar con la respectiva convalidación por el ORGANO COMPETENTE PARA LA FECHA (ASCOFAME, ICFES O MINISTERIO DE EDUCACIÓN).				

11	La atención del servicio de urgencias se prestará con base en las definiciones que para el caso establece la Ley Colombiana: Decreto 412 (6 marzo de 1992) y demás reglamentaciones que se expidan al respecto. Deben observar criterios de racionalidad lógico-científica y técnico-científica.		
12	Valorar a todo usuario que requiera el servicio de urgencias y solicitar las interconsultas y las ayudas diagnósticas pertinentes.		
13	Disponer de una capacidad instalada, recurso humano capacitado y con experiencia acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación de personal de salud establecidos		
14	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y Contrareferencia de usuarios e información.		
15	Los registros asistenciales se regirán por el Sistema de Información en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por el Ministerio de la Protección Social. (Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud y demás normas que la reglamenten o modifiquen) mediante la cual se establecen los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud – RIPS) y todos aquellos que la DISAN establezca para los fines administrativos y asistenciales.		
16	De conformidad con el instructivo 009 de fecha 06/03/2014, el oferente se obliga para con la Policía Nacional, adjuntar dentro de la propuesta presentada a nuestra unidad, **EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEFINIDO** por el posible prestador y que una vez se firme el futuro contrato con el contratista, el Departamento de Policía Norte de Santander - Área de sanidad enviara el modelo de atención familiar con enfoque de riesgo de los servicios que pretende contratar, con el fin de que sean articulados la red de prestadores de servicios de salud propios con la red contratada.		
17	Se prestará el servicio de **ODONTOLOGIA GENERAL**, se podrá prestar la **CONSULTA EXTERNA PROGRAMADA DE ESTE SERVICIO** como puerta de entrada. **NO HABRA INTERVENCION** DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA. TODAS LAS ATENCIONES DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA **SE PODRÁN PRESTAR CON LA PREVIA AUTORIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EMITIDA por la OFICINA DE REDES INTEGRALES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER** ubicada en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.		
18	COMPETENCIA DEL CONTRATISTA Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación toda vez que la prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son: 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. 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. 4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.		

	Para lo anterior, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR "Certificación de Competencia del Contratista" firmada por el Representante Legal de la entidad oferente.		
19	**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 y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con Inscripción en el RETHUS; con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (1) 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.		
20	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** Cada uno de los especialistas solicitados y propuestos por el oferente debe contar con una experiencia mínima de un (1) AÑO CERTIFICADA en la respectiva especialidad.		
21	**CAPACIDAD OPERATIVA** La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en el municipio de Tibú 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.		
22	**Equipos utilizados:** El Oferente deberá diligenciar y presentar ANEXO HOJA DE VIDA DE EQUIPOS donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos		
23	**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** del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
24	El oferente deberá diligenciar el formulario atención en la oportunidad del servicio		

No.	CÓDIGO SO	CÓDIGO CUPS	PROCEDIMIENTO	TARIFA	TARIFA EN PESOS 2026
1	903801	903801 B	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 25.600,00
2	906611	906611 B	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 105.000,00
3	997105	997105 B	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 19.600,00
4	997107	997107 B	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO (CADA DIENTE)	SOAT	$ 32.900,00
5	735301	735301 B	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA (HONORARIOS MEDICOS)	SOAT	$ 410.700,00

6	735930	735930 B	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE (HONORARIOS MEDICOS)	SOAT	$ 410.700,00
7	735931	735931 B	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE (HONORARIOS MEDICOS)	SOAT	$ 410.700,00
8	901101	901101 B	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT	$ 26.500,00
9	903809	903809 B	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	SOAT	$ 16.000,00
10	961601	961601 B	INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA	SOAT	$ 47.500,00
11	996102	996102 B	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO	SOAT	$ 555.400,00
12	903815	903815 B	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SOAT	$ 38.400,00
13	903816	903816 B	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 45.200,00
14	903818	903818 B	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$ 46.600,00
15	901107	901107 B	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 19.600,00
16	890305	890305 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
17	890350	890350 B	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
18	890383	890383 B	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SOAT	$ 80.000,00
19	890311	890311 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 35.100,00
20	890301	890301 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 54.600,00
21	890306	890306 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 39.700,00
22	890303	890303 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 37.400,00
23	890302	890302 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	SOAT	$ 79.100,00
24	890380	890380 B	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
25	890308	890308 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
26	890312	890312 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00
27	890309	890309 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 28.300,00
28	890205	890205 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
29	890250	890250 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
30	890280	890280 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
31	890283	890283 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
32	890211	890211 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 35.100,00
33	890201	890201 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 54.600,00
34	890206	890206 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 39.700,00
35	890203	890203 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 37.400,00
36	890208	890208 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
37	890212	890212 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00

38	890209	890209 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 28.300,00
39	890701	890701 B	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 90.100,00
40	890703	890703 B	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 37.400,00
41	997002	997002 B	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT	$ 25.600,00
42	907002	907002 B	COPROLOGICO	SOAT	$ 15.000,00
43	907004	907004 B	COPROSCOPICO	SOAT	$ 59.300,00
44	903895	903895 B	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 21.900,00
45	890601	890601 B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 68.700,00
46	965202	965202 B	CURACION DE OIDO	SOAT	$ 61.400,00
47	906208	906208 B	DENGUE ANTICUERPOS IG M	SOAT	$ 105.000,00
48	5DS002	5DS002 B	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT	$ 32.500,00
49	5DSB01	5DSB01 B	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT	$ 103.100,00
50	90DS02	90DS02 B	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD BAJA	SOAT	$ 774.000,00
51	5DS004	5DS004 B	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT	$ 105.600,00
52	5DS003	5DS003 B	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT	$ 75.000,00
53	997301	997301 B	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE	SOAT	$ 152.000,00
54	180201	180201 B	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT	$ 92.600,00
55	861104	861104 B	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	SOAT	$ 196.800,00
56	861103	861103 B	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	SOAT	$ 99.400,00
57	881437	881437 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SOAT	$ 245.700,00
58	881436	881436 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SOAT	$ 245.700,00
59	881431	881431 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	SOAT	$ 120.300,00
60	881432	881432 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SOAT	$ 187.300,00
61	881402	881402 B	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	SOAT	$ 146.800,00
62	881401	881401 B	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	SOAT	$ 187.300,00
63	990104	990104 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.000,00
64	990113	990113 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT	$ 17.000,00
65	990108	990108 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 17.000,00
66	990112	990112 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 17.000,00
67	990102	990102 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT	$ 17.000,00
68	990101	990101 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 17.000,00
69	990105	990105 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 17.000,00
70	990103	990103 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
71	990106	990106 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
72	990107	990107 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 17.000,00

73	990211	990211 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	SOAT	$ 17.000,00
74	990204	990204 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.000,00
75	990213	990213 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT	$ 17.000,00
76	990224	990224 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE ADULTO MAYOR	SOAT	$ 17.000,00
77	990222	990222 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FERTIL	SOAT	$ 17.000,00
78	990223	990223 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES	SOAT	$ 17.000,00
79	990221	990221 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE	SOAT	$ 17.000,00
80	990208	990208 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 17.000,00
81	990212	990212 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 17.000,00
82	990202	990202 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT	$ 17.000,00
83	990201	990201 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 17.000,00
84	990205	990205 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 17.000,00
85	990203	990203 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
86	990206	990206 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
87	990207	990207 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 17.000,00
88	895101	895101 B	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT	$ 75.000,00
89	933701	933701 B	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO SOD	SOAT	$ 67.700,00
90	902204	902204 B	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT	$ 8.700,00
91	901304	901304 B	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 26.000,00
92	901305	901305 B	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT	$ 21.900,00
93	230102	230102 B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 45.200,00
94	230101	230101 B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$ 34.800,00
95	230202	230202 B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 19.600,00
96	230201	230201 B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$ 34.800,00
97	230103	230103 B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	SOAT	$ 42.500,00
98	230203	230203 B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT	$ 42.500,00
99	902206	902206 B	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT	$ 13.700,00
100	981201	981201 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	SOAT	$ 92.600,00

101	861203	861203 B	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT	$ 100.000,00
102	861201	861201 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	SOAT	$ 162.900,00
103	977100	977100 B	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 96.100,00
104	978301	978301 B	EXTRACCION DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL SOD	SOAT	$ 32.500,00
105	977501	977501 B	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT	$ 113.000,00
106	982600	982600 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD	SOAT	$ 162.900,00
107	982901	982901 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	SOAT	$ 162.900,00
108	982801	982801 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	SOAT	$ 162.900,00
109	903844	903844 B	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT	$ 105.100,00
110	903841	903841 B	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 22.900,00
111	903842	903842 B	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT	$ 57.800,00
112	903883	903883 B	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	SOAT	$ 22.900,00
113	904508	904508 B	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT	$ 30.325,00
114	902211	902211 B	HEMATOCRITO	SOAT	$ 6.900,00
115	911017	911017 B	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	SOAT	$ 20.100,00
116	902213	902213 B	HEMOGLOBINA	SOAT	$ 14.200,00
117	903426	903426 B	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SOAT	$ 83.800,00
118	902210	902210 B	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT	$ 37.900,00
119	902214	902214 B	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT	$ 19.600,00
120	906317	906317 B	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 84.300,00
121	935301	935301 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT	$ 85.900,00
122	936801	936801 B	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT	$ 162.900,00
123	935001	935001 B	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	SOAT	$ 80.200,00
124	861801	861801 B	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS (incluye implante)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 300.000,00
125	697101	697101 B	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] (INCLUYE DISPOSITIVO)	SOAT	$ 87.400,00
126	579401	579401 B	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$ 47.500,00
127	890406	890406 B	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 38.400,00
128	890403	890403 B	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 87.400,00
129	890408	890408 B	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00

130	129B01	129B01 B	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT	$ 297.700,00
131	130B01	130B01 B	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT	$ 297.700,00
132	129B02	129B02 B	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT	$ 279.500,00
133	130B02	130B02 B	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT	$ 279.500,00
134	120B01	120B01 B	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	SOAT	$ 294.600,00
135	991600	991600 B	INYECCION DE ANTIDOTO SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
136	991401	991401 B	INYECCION DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
137	991100	991100 B	INYECCION DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
138	992901	992901 B	INYECCION DE VITAMINA K	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
139	992301	992301 B	INYECCION O INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 38.400,00
140	992102	992102 B	INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
141	992990	992990 B	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
142	992200	992200 B	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
143	965201	965201 B	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT	$ 38.400,00
144	963301	963301 B	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 46.600,00
145	901326	901326 B	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	SOAT	$ 25.600,00
146	903028	903028 B	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$ 69.300,00
147	897011	897011 B	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT	$ 41.100,00
148	897012	897012 B	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT	$ 176.900,00
149	935304	935304 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT	$ 85.900,00
150	939402	939402 B	NEBULIZACION	SOAT	$ 22.900,00
151	903856	903856 B	NITROGENO UREICO	SOAT	$ 18.300,00
152	960401	960401 B	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TECNICA RETROGRADA	SOAT	$ 191.600,00
153	232101	232101 B	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 38.400,00
154	232104	232104 B	OBTURACION DENTAL	SOAT	$ 48.800,00
155	232103	232103 B	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 48.800,00
156	232102	232102 B	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 66.100,00
157	232201	232201 B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT	$ 38.400,00
158	862701	862701 B	ONICECTOMIA	SOAT	$ 133.800,00
159	735980	735980 B	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SOAT	$ 410.700,00
160	996901	996901 B	OTRA CONVERSION DE RITMO CARDIACO O RESUCITACION CARDIOPULMONAR	SOAT	$ 179.600,00
161	721003	721003 B	PARTO INSTRUMENTADO	SOAT	$ 410.700,00
162	732201	732201 B	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	SOAT	$ 410.700,00
163	881434	881434 B	ECOGRAFIA DE PERFIL BIOFISICO	SOAT	$ 183.700,00
164	906914	906914 B	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 22.900,00
165	944002	944002 B	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 44.800,00

166	943102	943102 B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 33.800,00
167	872002	872002 B	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SOAT	$ 128.000,00
168	870103	870103 B	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	SOAT	$ 99.900,00
169	873122	873122 B	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SOAT	$ 77.000,00
170	873311	873311 B	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	SOAT	$ 122.300,00
171	870105	870105 B	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SOAT	$ 99.900,00
172	871129	871129 B	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	SOAT	$ 98.900,00
173	870003	870003 B	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	SOAT	$ 99.900,00
174	873411	873411 B	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	SOAT	$ 84.900,00
175	873335	873335 B	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	SOAT	$ 77.000,00
176	870101	870101 B	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SOAT	$ 99.900,00
177	870602	870602 B	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	SOAT	$ 115.500,00
178	873112	873112 B	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SOAT	$ 77.000,00
179	873205	873205 B	RADIOGRAFIA DE CODO	SOAT	$ 77.000,00
180	871010	871010 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SOAT	$ 126.400,00
181	871030	871030 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT	$ 123.900,00
182	871040	871040 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT	$ 154.000,00
183	871020	871020 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SOAT	$ 123.900,00
184	870001	870001 B	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	SOAT	$ 113.000,00
185	871112	871112 B	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SOAT	$ 98.900,00
186	873312	873312 B	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00
187	873204	873204 B	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SOAT	$ 99.900,00
188	870107	870107 B	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SOAT	$ 99.900,00
189	873121	873121 B	RADIOGRAFIA DE HUMERO	SOAT	$ 99.900,00
190	870104	870104 B	RADIOGRAFIA DE MALAR	SOAT	$ 99.900,00
191	873210	873210 B	RADIOGRAFIA DE MANO	SOAT	$ 77.000,00
192	870005	870005 B	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	SOAT	$ 99.900,00
193	870113	870113 B	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	SOAT	$ 99.900,00
194	870112	870112 B	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	SOAT	$ 99.900,00
195	873340	873340 B	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00
196	873111	873111 B	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SOAT	$ 99.900,00
197	870102	870102 B	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SOAT	$ 99.900,00
198	873333	873333 B	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SOAT	$ 77.000,00
199	873313	873313 B	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00
200	873206	873206 B	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	SOAT	$ 77.000,00
201	871111	871111 B	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SOAT	$ 109.800,00
202	873420	873420 B	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00
203	871050	871050 B	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SOAT	$ 120.300,00
204	870108	870108 B	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SOAT	$ 99.900,00
205	870004	870004 B	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	SOAT	$ 99.900,00
206	870601	870601 B	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SOAT	$ 115.500,00
207	873431	873431 B	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	SOAT	$ 77.000,00
208	871121	871121 B	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SOAT	$ 109.800,00
209	232401	232401 B	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	SOAT	$ 167.600,00

210	232402	232402 B	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL	SOAT	$ 336.200,00
211	902220	902220 B	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT	$ 15.500,00
212	902221	902221 B	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT	$ 15.500,00
213	893812	893812 B	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	SOAT	$ 54.600,00
214	754101	754101 B	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	SOAT	$ 162.900,00
215	973801	973801 B	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	SOAT	$ 32.500,00
216	974301	974301 B	RETIRO DE SUTURAS DE TORAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD	SOAT	$ 32.500,00
217	906242	906242 B	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 50.000,00
218	906244	906244 B	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 50.000,00
219	907008	907008 B	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT	$ 11.400,00
220	906340	906340 B	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO	SOAT	$ 99.423,00
221	906039	906039 B	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	SOAT	$ 24.200,00
222	906915	906915 B	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	SOAT	19.800,00
223	865207	865207 B	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	SOAT	$ 25.600,00
224	865101	865101 B	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT	$ 25.600,00
225	865210	865210 B	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	SOAT	$ 267.500,00
226	972101	972101 B	SUSTITUCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT	$ 232.100,00
227	758001	758001 B	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	SOAT	$ 113.000,00
228	758002	758002 B	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA	SOAT	$ 113.000,00
229	961401	961401 B	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT	$ 113.000,00
230	931001	931001 B	TERAPIA FISICA INTEGRAL	SOAT	$ 35.100,00
231	939403	939403 B	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT	$ 35.100,00
232	902045	902045 B	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT	$ 55.200,00
233	902049	902049 B	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT	$ 53.600,00
234	892901	892901 B	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	SOAT	$ 43.800,00
235	997106	997106 B	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT	$ 37.400,00
236	935307	935307 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX	SOAT	$ 160.800,00
237	906128	906128 B	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 54.000,00
238	906130	906130 B	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 54.000,00
239	903867	903867 B	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SOAT	$ 39.700,00
240	903866	903866 B	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SOAT	$ 39.700,00
241	903868	903868 B	TRIGLICERIDOS	SOAT	$ 25.600,00
242	906131	906131 B	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 33.000,00
243	903436	903436 B	TROPONINA I CUALITATIVA	SOAT	$ 117.100,00
244	90490201	90490201 B	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL	SOAT	$ 56.000,00
245	903869	903869 B	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 20.100,00
246	907106	907106 B	UROANALISIS	SOAT	$ 24.200,00
247	940901	940901 B	VALORACION POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00

248	906249	906249 B	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT	$ 131.200,00
249	935401	935401 B	APLICACION DE FERULA SOD	SOAT	$ 85.900,00
250	935701	935701 B	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	SOAT	$ 85.900,00
251	935100	935100 B	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	SOAT	$ 15.000,00
252	935305	935305 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT	$ 85.900,00
253	935303	935303 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO	SOAT	$ 170.100,00
254	935302	935302 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	SOAT	$ 85.900,00
255	935306	935306 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)	SOAT	$ 170.100
256	890605	890605 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
257	890606	890606 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 38.400,00
258	890608	890608 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
259	890611	890611 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA	SOAT	$ 35.100,00
260	890612	890612 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00
261	890609	890609 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 28.300,00
262	996101	996101 B	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA	SOAT	$ 555.400,00
263	890366	890366 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SOAT	$ 80.000,00
264	890266	890266 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SOAT	$ 80.000,00
265	862802	862802 B	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT	$ 267.500,00
266	862801	862801 B	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT	$ 267.500,00
267	180101	180101 B	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT	$ 92.600,00
268	862101	862101 B	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	SOAT	$ 196.800,00
269	990212.01	990212.01 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL DE LA MATERNA	SOAT	$ 17.000,00
270	990212.02	990212.02 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL DEL DIABETICO	SOAT	$ 17.000,00
271	990212.03	990212.03 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL PACIENTE CON DISCAPACIDAD	SOAT	$ 17.000,00
272	990203.01	990203.01 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA DE LA MATERNA	SOAT	$ 17.000,00
273	990203.02	990203.02 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA DEL DIABETICO	SOAT	$ 17.000,00
274	990203.03	990203.03 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA PACIENTE CON DISCAPACIDAD	SOAT	$ 17.000,00
275	898015	898015 B	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO BASICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL MANUAL	SOAT	$ 43.800,00
276	893109	893109 B	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL	SOAT	$ 44.800,00
277	718102	718102 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O DE VULVA O PERINE CON INCISION	SOAT	$ 162.900,00
278	718101	718101 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O DE VULVA O PERINE SIN INCISION	SOAT	$ 162.900,00
279	340701	340701 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O EN PARED TORACICA	SOAT	$ 162.900,00

280	861202	861202 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION	SOAT	$ 162.900,00
281	982101	982101 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT	$ 99.400,00
282	976501	976501 B	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	SOAT	$ 47.500,00
283	977201	977201 B	EXTRACCION DE TAPON INTRAUTERINO SOD	SOAT	$ 113.000,00
284	973201	973201 B	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT	$ 123.900,00
285	978801	978801 B	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACION EXTERNO	SOAT	$ 162.900,00
286	981101	981101 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT	$ 92.600,00
287	981301	981301 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA FARINGE SOD	SOAT	$ 162.900,00
288	981401	981401 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA LARINGE SOD	SOAT	$ 162.900,00
289	981501	981501 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA TRAQUEA Y BRONQUIO SOD	SOAT	$ 162.900,00
290	981901	981901 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA URETRA	SOAT	$ 162.900,00
291	981701	981701 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA VAGINA SOD	SOAT	$ 133.800,00
292	982201	982201 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA SOD	SOAT	$ 162.900,00
293	982501	982501 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA PENE O ESCROTO SOD	SOAT	$ 162.900,00
294	982401	982401 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO SOD	SOAT	$ 267.500,00
295	903843	903843 B	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT	$ 22.900,00
296	903845	903845 B	GLUCOSA TEST O SULLIVAN	SOAT	$ 57.800,00
297	992101	992101 B	INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	SOAT	$ 29.700,00
298	966101	966101 B	INFUSION DE ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA	SOAT	$ 38.400,00
299	991800	991800 B	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 8.700,00
300	960402	960402 B	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ	SOAT	$ 191.600,00
301	960101	960101 B	INSERCION DE VIA AEREA NASOFARINGEA SOD	SOAT	$ 191.600,00
302	960201	960201 B	INSERCION DE VIA AEREA OROFARINGEA SOD	SOAT	$ 191.600,00
303	960901	960901 B	INSERCION O SUSTITUCION DE TUBO O SONDA RECTAL SOD	SOAT	$ 232.100,00
304	890405	890405 B	INTERCONSULTA POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
305	890411	890411 B	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 35.100,00
306	890401	890401 B	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 54.600,00
307	890412	890412 B	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00
308	890409	890409 B	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 74.500,00
309	943500	943500 B	INTERVENCION EN CRISIS SOD	SOAT	$ 74.500,00
310	965301	965301 B	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	SOAT	$ 38.400,00
311	963901	963901 B	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT	$ 80.200,00
312	965101	965101 B	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT	$ 38.400,00

313	965902	965902 B	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	SOAT	$ 86.200,00
314	965901	965901 B	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	SOAT	$ 80.200,00
315	939401	939401 B	MEDICACION RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACION (AEROSOLTERAPIA)	SOAT	$ 35.100,00
316	950601	950601 B	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT	$ 77.000,00
317	73530101	73530101 B	PAQUETE ATENCION DEL PARTO (INCLUYE SALA- HONORARIOS-TSH)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.602.900,00
318	997001	997001 B	PROFILAXIS DENTAL O PULIDO CORONAL	SOAT	$ 37.400,00
319	944202	944202 B	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 43.800,00
320	944102	944102 B	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 98.300,00
321	873303	873303 B	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	SOAT	$ 99.400,00
322	873314	873314 B	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	SOAT	$ 122.300,00
323	873412	873412 B	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	SOAT	$ 45.200,00
324	871320	871320 B	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	SOAT	$ 141.600,00
325	873422	873422 B	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	SOAT	$ 45.200,00
326	872121	872121 B	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO)	SOAT	$ 299.200,00
327	873004	873004 B	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] +	SOAT	$ 77.000,00
328	873443	873443 B	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SOAT	$ 45.200,00
329	873123	873123 B	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	SOAT	$ 45.200,00
330	579501	579501 B	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$ 47.500,00
331	756910	756910 B	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMIA	SOAT	$ 196.800,00
332	869400	869400 B	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SOAT	$ 162.900,00
333	971501	971501 B	SUSTITUCION DE CATETER DE HERIDA SOD	SOAT	$ 232.100,00
334	971201	971201 B	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	SOAT	$ 232.100,00
335	971101	971101 B	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	SOAT	$ 232.100,00
336	971401	971401 B	SUSTITUCION DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACION MUSCULOESQUELETICA SOD	SOAT	$ 232.100,00
337	972601	972601 B	SUSTITUCION DE OTRO TAPON (MECHA) O DRENAJE VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT	$ 232.100,00
338	971601	971601 B	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA SOD	SOAT	$ 232.100,00
339	970201	970201 B	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD	SOAT	$ 232.100,00
340	970101	970101 B	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	SOAT	$ 232.100,00
341	865208	865208 B	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES	SOAT	$ 267.500,00
342	717920	717920 B	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)	SOAT	$ 267.500,00
343	865102	865102 B	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	SOAT	$ 25.600,00
344	865201	865201 B	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA	SOAT	$ 25.600,00
345	865203	865203 B	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT	$ 25.600,00
346	275203	275203 B	SUTURA DE LACERACION DE OTRA PARTE DE LA BOCA	SOAT	$ 162.900,00

347	184100	184100 B	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT	$ 196.800,00
348	340801	340801 B	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA	SOAT	$ 25.600,00
349	275102	275102 B	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	SOAT	$ 267.500,00
350	275101	275101 B	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS	SOAT	$ 267.500,00
351	88201	88201 B	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	SOAT	$ 196.800,00
352	906846	906846 B	TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS IG G	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
353	993124	993124 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (TETRAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
354	99312401	99312401 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (TETRAVALENTE) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
355	993125	993125 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS (IVP)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
356	993121	993121 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
357	993123	993123 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
358	993131	993131 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
359	993521	993521 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HEPATITIS A Y HEPATITIS B	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
360	99352101	99352101 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HEPATITIS A Y HEPATITIS B - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
361	993520	993520 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
362	99352001	99352001 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
363	993120	993120 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [TD]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
364	99312001	99312001 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [TD] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
365	993101	993101 B	VACUNACION CONTRA COLERA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
366	993502	993502 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
367	99350201	99350201 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
368	993103	993103 B	VACUNACION CONTRA MENINGOCOCO (AC O BC)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
369	99310301	99310301 B	VACUNACION CONTRA MENINGOCOCO (AC O BC) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
370	993523	993523 B	VACUNACION CONTRA OTRO VIRUS (ESPECIFICO)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
371	99352301	99352301 B	VACUNACION CONTRA OTRO VIRUS (ESPECIFICO) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
372	993507	993507 B	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
373	99350701	99350701 B	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
374	993505	993505 B	VACUNACION CONTRA RABIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00

375	99350501	99350501 B	VACUNACION CONTRA RABIA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
376	993508	993508 B	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
377	99350801	99350801 B	VACUNACION CONTRA RUBEOLA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
378	993506	993506 B	VACUNACION CONTRA SARAMPION	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
379	99350601	99350601 B	VACUNACION CONTRA SARAMPION - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
380	601T0201	601T0201 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.048.672,00
381	601T0202	601T0202 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (GABARRA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.308.723,00
382	601T0203	601T0203 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - OCAÃ'A (VIA EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.684.405,00
383	601T0204	601T0204 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - OCAÃ'A (VIA SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 3.602.908,00
384	601T0205	601T0205 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (CAMPO DOS - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 459.173,00
385	601T0206	601T0206 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (EL TARRA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.206.479,00
386	601T0207	601T0207 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (EL TARRA - OCAÃ'A)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.483.581,00
387	601T0208	601T0208 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (ORU - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 582.786,00
388	601T0209	601T0209 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (ORU - EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 618.191,90
389	601T02010	601T02010 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (FILO GRINGO - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 883.098,00
390	601T02011	601T02011 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (FILO GRINGO - EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 446.095,00
391	601T02012	601T02012 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (PACHELLY - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 812.444,00
392	601T02013	601T02013 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.271.619,00
393	601T02014	601T02014 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - OCAÃ'A)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.331.289,00
394	601T02015	601T02015 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - LA CURVA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 618.191,00
395	601T02016	601T02016 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - LA VICTORIA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 300.466,00
396	601T02017	601T02017 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - LA SAN JUANA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 167.788,00
397	601T02018	601T02018 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 671.136,00
398	601T02019	601T02019 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.942.460,00
399	601T02020	601T02020 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - LUIS VERO)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 353.564,00
400	601T0221	601T0221 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (BUCARASICA - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.236.229,00
401	601T02022	601T02022 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (BUCARASICA - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.419.498,00
402	601T02023	601T02023 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SAN MARTIN DE LOBA - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.783.752,00
403	601T02024	601T02024 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SAN MARTIN DE LOBA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 752.497,00
404	601T02025	601T02025 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (PUERTO SANTANDER - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.066.953,00
405	601T02026	601T02026 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (CAMPO DOS - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.600.051,00

406	601T01027	601T01027 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
407	601T01028	601T01028 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
408	601T01029	601T01029 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO BUCARASICA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
409	601T01030	601T01030 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
410	601T02031	601T02031 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (VEREDA CAÃ'O INDIO -TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 510.492,00
411	T00025036	T00025036 B	TRASLADO CASCO URBANO (TIBU-SARDINATA-PTO SANTANDER-TARRA-BUCARASICA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.200,00
412	T00023037	T00023037 B	TRASLADO KILOMETRO RURAL (DENTRO DE LA RED DPTAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.663.273,00
413	602T02	602T02 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.928.655,00
414	602T0204	602T0204 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (EL TARRA - OCAÃ'A)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.308.723,00
415	602T0203	602T0203 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (LA GABARRA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 872.477,00
416	602T0205	602T0205 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.387.039,00
417	602T0202	602T0202 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (PUERTO SANTANDER - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.653.104,00
418	602T0201	602T0201 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.048.672,00
419	89380107	89380107 B	CONSUMO OXIGENO - CATETER O CANULA NASAL	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 120
420	89380106	89380106 B	CONSUMO OXIGENO - MASCARA RESERVORIO	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 320
421	89380104	89380104 B	CONSUMO OXIGENO - MASCARA TRAQUEOSTOMIA	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
422	89380101	89380101 B	CONSUMO OXIGENO - VENTURY 24% - 28%	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
423	89380102	89380102 B	CONSUMO OXIGENO - VENTURY 31% - 35%	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
424	89380103	89380103 B	CONSUMO OXIGENO - VENTURY 35% - 50%	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
425	89380105	89380105 B	CONSUMO OXIGENO - CAMARA DE HOOD	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
426	A31001	A31001 B	INVESTIGACION DE CASO DE INTERES EN SALUD PUBLICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
427	A31004	A31004 B	BUSQUEDA, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 29.800,00
428	991402	991402 B	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 10.000,00
429	991403	991403 B	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTITETANICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 10.000,00

430	TARI001	TARI001 B	TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 29.800,00
431	860201	860201 B	PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIA (APLICACION PRUEBA DE SENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.700,00
432	895004	895004 B	MONITOREO DE TENSION ARTERIAL (TOMA DE TENSION ARTERIAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 9.000,00
433	TARI002	TARI002 B	CERTIFICADO DE ACCIDENTE DE TRANSITO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 25.000,00
434	TARI003	TARI003 B	CERTIFICADO MEDICO/ ODONTOLOGICO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 25.000,00
435	890101	890101 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 85.800,00
436	890105	890105 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.600,00
437	890108	890108 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 67.000,00
438	890109	890109 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.500,00
439	890111	890111 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.500,00
440	890112	890112 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.500,00
441	890114	890114 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR PROMOTOR DE LA SALUD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 32.600,00
442	993102	993102 B	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
443	993104	993104 B	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
444	993105	993105 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
445	993106	993106 B	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
446	993107	993107 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
447	993122	993122 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
448	993501	993501 B	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
449	993130	993130 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (PENTAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
450	993503	993503 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
451	993504	993504 B	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
452	993509	993509 B	VACUNACION CONTRA VARICELA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
453	993510	993510 B	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
454	993512	993512 B	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
455	993513	993513 B	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
456	993522	993522 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
457	994100	994100 B	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
458	994300	994300 B	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DIFTERICA SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
459	995201	995201 B	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00

460	995202	995202 B	ADMINISTRACIÓN VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
461	99310201	99310201 B	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
462	99310401	99310401 B	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
463	99310501	99310501 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
464	99310601	99310601 B	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
465	99310701	99310701 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
466	99312201	99312201 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA [DPT] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
467	99350101	99350101 B	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
468	99350301	99350301 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
469	99350901	99350901 B	VACUNACION CONTRA VARICELA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
470	99351001	99351001 B	VACUNACION CONTRA INFLUENZA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
471	99351201	99351201 B	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
472	99351301	99351301 B	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
473	99352201	99352201 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
474	99510101	99510101 B	VACUNACION CONTRA LA MALARIA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
475	99520101	99520101 B	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
476	99520207	99520207 B	ADMINISTRACIÓN VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00

Los servicios requeridos, o los ordenados por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados en listado "**ANEXO CUPS TIBU VALORES-2026"**, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas, mediante modificación previa solicitud del Coordinador del contrato.

En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios, el Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante, la cual será objeto de revisión por el Coordinador 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 correo: disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos o desan.rases-rei@policia.gov.co desan.espco-urg@policia.gov.co y denor.upres@policia.gov.co mediante la 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 compilado en el decreto 780 de 2016 y las demás normas que lo modifiquen.

Nota 1: Las actividades que no estén contempladas en el manual SOAT y que la entidad contratista cobre a tarifa institucional vigente a la fecha de la atención, estarán sujetas a verificación por parte de Auditoría Médica de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 quien tendrá en cuenta los precios del mercado, sin perjuicio a las glosas a que fueran objeto de acuerdo a las objeciones presentadas.

Nota 2: EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE. SEÑOR OFERENTE SI SU OFERTA SOBREPASA EL PRECIO TECHO DE ALGUNO DE LOS ITEMS NO SERA TENIDA EN CUENTA PARA LA VERIFICACION; NO OBSTANTE, POR

TRATARSE DE UN CONTRATO BAJO LA MODALIDAD DE INTERADMINISTRATIVO, LA ENTIDAD PODRÁ SOLICITAR ACLARACIÓN EN CASO DE DUDAS RESPECTO DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA OFERTA ECONÓMICA.

Nota 3: Los valores en pesos para cada servicio de salud y demás ofertados por la ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE, se encuentran en la tabla de Excel de nombre ANEXO CUPS TIBU VALORES-2026.

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. 2

OFERTA ECONÓMICA

El valor ofertado debe incluir el IVA y no pueden superar el **PRECIO TECHO** establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 5, como presupuesto para los ítems, so pena de rechazo de su oferta.

El valor ofrecido se constituirá en los precios de referencia para la prestación del servicio y serán los precios que se manejen durante toda la ejecución del contrato.

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la presente invitación, de acuerdo al VALOR Y LAS TARIFAS DEL PRECIO TECHO ESTABLECIDO EN EL LISTADO DE ANEXO EN EXCEL DE CUPS. EN EL CUAL DEBERÁ ESTABLECER LAS TARIFAS DE ACUERDO A CADA ITEM RELACIONADO EN LA SIGUIENTE TABLA:

ITEM	DESCRIPCION	TARIFA ESE NORTE
1	SERVICIOS MEDICOS urgencias hospitalización consulta externa a especializada ESTANCIA HOSPITALARIA y odontología.	TARIFA SOAT VIGENTE Y TARIFA INSTITUCIONAL
2	SUMINISTRO MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS	PRECIO DE COMPRA + 20%
3	OXIGENO	TARIFA PROPIA Resolución No. 0032 del 09/02/2026
4	INSUMOS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	PRECIO DE COMPRA + 30%
5	EL VALOR DEL TRANSPORTE EN AMBULANCIA SERÁ:	TARIFA PROPIA Resolución No. 0032 del 09/02/2026
6	AYUDAS DIAGNOSTICAS	TARIFA SOAT VIGENTE Y TARIFA INSTITUCIONAL

No.	CÓDIGO SO	CÓDIGO CUPS	PROCEDIMIENTO	TARIFA	TARIFA EN PESOS 2026
1	903801	903801 B	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 25.600,00
2	906611	906611 B	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 105.000,00
3	997105	997105 B	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 19.600,00
4	997107	997107 B	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO (CADA DIENTE)	SOAT	$ 32.900,00
5	735301	735301 B	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA (HONORARIOS MEDICOS)	SOAT	$ 410.700,00
6	735930	735930 B	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE (HONORARIOS MEDICOS)	SOAT	$ 410.700,00
7	735931	735931 B	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE (HONORARIOS MEDICOS)	SOAT	$ 410.700,00
8	901101	901101 B	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT	$ 26.500,00
9	903809	903809 B	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	SOAT	$ 16.000,00
10	961601	961601 B	INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA	SOAT	$ 47.500,00
11	996102	996102 B	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO	SOAT	$ 555.400,00
12	903815	903815 B	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SOAT	$ 38.400,00
13	903816	903816 B	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 45.200,00
14	903818	903818 B	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$ 46.600,00
15	901107	901107 B	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 19.600,00
16	890305	890305 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
17	890350	890350 B	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
18	890383	890383 B	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SOAT	$ 80.000,00
19	890311	890311 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 35.100,00
20	890301	890301 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 54.600,00
21	890306	890306 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 39.700,00
22	890303	890303 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 37.400,00
23	890302	890302 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	SOAT	$ 79.100,00
24	890380	890380 B	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
25	890308	890308 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
26	890312	890312 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00
27	890309	890309 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 28.300,00

28	890205	890205 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
29	890250	890250 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
30	890280	890280 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
31	890283	890283 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.000,00
32	890211	890211 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 35.100,00
33	890201	890201 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 54.600,00
34	890206	890206 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 39.700,00
35	890203	890203 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 37.400,00
36	890208	890208 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
37	890212	890212 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00
38	890209	890209 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 28.300,00
39	890701	890701 B	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 90.100,00
40	890703	890703 B	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 37.400,00
41	997002	997002 B	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT	$ 25.600,00
42	907002	907002 B	COPROLOGICO	SOAT	$ 15.000,00
43	907004	907004 B	COPROSCOPICO	SOAT	$ 59.300,00
44	903895	903895 B	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 21.900,00
45	890601	890601 B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 68.700,00
46	965202	965202 B	CURACION DE OIDO	SOAT	$ 61.400,00
47	906208	906208 B	DENGUE ANTICUERPOS IG M	SOAT	$ 105.000,00
48	5DS002	5DS002 B	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT	$ 32.500,00
49	5DSB01	5DSB01 B	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT	$ 103.100,00
50	90DS02	90DS02 B	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD BAJA	SOAT	$ 774.000,00
51	5DS004	5DS004 B	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT	$ 105.600,00
52	5DS003	5DS003 B	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT	$ 75.000,00
53	997301	997301 B	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE	SOAT	$ 152.000,00
54	180201	180201 B	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT	$ 92.600,00
55	861104	861104 B	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	SOAT	$ 196.800,00
56	861103	861103 B	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	SOAT	$ 99.400,00
57	881437	881437 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SOAT	$ 245.700,00
58	881436	881436 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SOAT	$ 245.700,00
59	881431	881431 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	SOAT	$ 120.300,00
60	881432	881432 B	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SOAT	$ 187.300,00
61	881402	881402 B	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	SOAT	$ 146.800,00
62	881401	881401 B	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	SOAT	$ 187.300,00
63	990104	990104 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.000,00
64	990113	990113 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT	$ 17.000,00
65	990108	990108 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 17.000,00
66	990112	990112 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 17.000,00
67	990102	990102 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT	$ 17.000,00
68	990101	990101 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 17.000,00
69	990105	990105 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 17.000,00
70	990103	990103 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
71	990106	990106 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
72	990107	990107 B	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 17.000,00
73	990211	990211 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	SOAT	$ 17.000,00
74	990204	990204 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.000,00
75	990213	990213 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT	$ 17.000,00
76	990224	990224 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE ADULTO MAYOR	SOAT	$ 17.000,00
77	990222	990222 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FERTIL	SOAT	$ 17.000,00
78	990223	990223 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES	SOAT	$ 17.000,00
79	990221	990221 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE	SOAT	$ 17.000,00

80	990208	990208 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 17.000,00
81	990212	990212 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 17.000,00
82	990202	990202 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT	$ 17.000,00
83	990201	990201 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 17.000,00
84	990205	990205 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 17.000,00
85	990203	990203 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
86	990206	990206 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 17.000,00
87	990207	990207 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 17.000,00
88	895101	895101 B	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT	$ 75.000,00
89	933701	933701 B	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO SOD	SOAT	$ 67.700,00
90	902204	902204 B	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT	$ 8.700,00
91	901304	901304 B	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 26.000,00
92	901305	901305 B	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT	$ 21.900,00
93	230102	230102 B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 45.200,00
94	230101	230101 B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$ 34.800,00
95	230202	230202 B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 19.600,00
96	230201	230201 B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$ 34.800,00
97	230103	230103 B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	SOAT	$ 42.500,00
98	230203	230203 B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT	$ 42.500,00
99	902206	902206 B	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT	$ 13.700,00
100	981201	981201 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	SOAT	$ 92.600,00
101	861203	861203 B	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT	$ 100.000,00
102	861201	861201 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	SOAT	$ 162.900,00
103	977100	977100 B	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 96.100,00
104	978301	978301 B	EXTRACCION DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL SOD	SOAT	$ 32.500,00
105	977501	977501 B	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT	$ 113.000,00
106	982600	982600 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD	SOAT	$ 162.900,00
107	982901	982901 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	SOAT	$ 162.900,00
108	982801	982801 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	SOAT	$ 162.900,00
109	903844	903844 B	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT	$ 105.100,00
110	903841	903841 B	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 22.900,00
111	903842	903842 B	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT	$ 57.800,00
112	903883	903883 B	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	SOAT	$ 22.900,00
113	904508	904508 B	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT	$ 30.325,00
114	902211	902211 B	HEMATOCRITO	SOAT	$ 6.900,00
115	911017	911017 B	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	SOAT	$ 20.100,00
116	902213	902213 B	HEMOGLOBINA	SOAT	$ 14.200,00
117	903426	903426 B	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SOAT	$ 83.800,00
118	902210	902210 B	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT	$ 37.900,00
119	902214	902214 B	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT	$ 19.600,00
120	906317	906317 B	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 84.300,00
121	935301	935301 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT	$ 85.900,00
122	936801	936801 B	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT	$ 162.900,00
123	935001	935001 B	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	SOAT	$ 80.200,00
124	861801	861801 B	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS (incluye implante)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 300.000,00
125	697101	697101 B	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] (INCLUYE DISPOSITIVO)	SOAT	$ 87.400,00
126	579401	579401 B	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$ 47.500,00
127	890406	890406 B	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 38.400,00
128	890403	890403 B	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 87.400,00
129	890408	890408 B	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
130	129B01	129B01 B	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT	$ 297.700,00

131	130B01	130B01 B	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT	$ 297.700,00
132	129B02	129B02 B	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT	$ 279.500,00
133	130B02	130B02 B	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT	$ 279.500,00
134	120B01	120B01 B	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	SOAT	$ 294.600,00
135	991600	991600 B	INYECCION DE ANTIDOTO SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
136	991401	991401 B	INYECCION DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
137	991100	991100 B	INYECCION DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
138	992901	992901 B	INYECCION DE VITAMINA K	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
139	992301	992301 B	INYECCION O INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 38.400,00
140	992102	992102 B	INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
141	992990	992990 B	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
142	992200	992200 B	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
143	965201	965201 B	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT	$ 38.400,00
144	963301	963301 B	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 46.600,00
145	901326	901326 B	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	SOAT	$ 25.600,00
146	903028	903028 B	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$ 69.300,00
147	897011	897011 B	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT	$ 41.100,00
148	897012	897012 B	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT	$ 176.900,00
149	935304	935304 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT	$ 85.900,00
150	939402	939402 B	NEBULIZACION	SOAT	$ 22.900,00
151	903856	903856 B	NITROGENO UREICO	SOAT	$ 18.300,00
152	960401	960401 B	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TECNICA RETROGRADA	SOAT	$ 191.600,00
153	232101	232101 B	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 38.400,00
154	232104	232104 B	OBTURACION DENTAL	SOAT	$ 48.800,00
155	232103	232103 B	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 48.800,00
156	232102	232102 B	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 66.100,00
157	232201	232201 B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT	$ 38.400,00
158	862701	862701 B	ONICECTOMIA	SOAT	$ 133.800,00
159	735980	735980 B	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SOAT	$ 410.700,00
160	996901	996901 B	OTRA CONVERSION DE RITMO CARDIACO O RESUCITACION CARDIOPULMONAR	SOAT	$ 179.600,00
161	721003	721003 B	PARTO INSTRUMENTADO	SOAT	$ 410.700,00
162	732201	732201 B	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	SOAT	$ 410.700,00
163	881434	881434 B	ECOGRAFIA DE PERFIL BIOFISICO	SOAT	$ 183.700,00
164	906914	906914 B	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 22.900,00
165	944002	944002 B	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 44.800,00
166	943102	943102 B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 33.800,00
167	872002	872002 B	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SOAT	$ 128.000,00
168	870103	870103 B	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	SOAT	$ 99.900,00
169	873122	873122 B	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SOAT	$ 77.000,00
170	873311	873311 B	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	SOAT	$ 122.300,00
171	870105	870105 B	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SOAT	$ 99.900,00
172	871129	871129 B	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	SOAT	$ 98.900,00
173	870003	870003 B	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	SOAT	$ 99.900,00
174	873411	873411 B	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	SOAT	$ 84.900,00
175	873335	873335 B	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	SOAT	$ 77.000,00
176	870101	870101 B	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SOAT	$ 99.900,00
177	870602	870602 B	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	SOAT	$ 115.500,00
178	873112	873112 B	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SOAT	$ 77.000,00
179	873205	873205 B	RADIOGRAFIA DE CODO	SOAT	$ 77.000,00
180	871010	871010 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SOAT	$ 126.400,00
181	871030	871030 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT	$ 123.900,00
182	871040	871040 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT	$ 154.000,00
183	871020	871020 B	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SOAT	$ 123.900,00
184	870001	870001 B	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	SOAT	$ 113.000,00
185	871112	871112 B	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SOAT	$ 98.900,00
186	873312	873312 B	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00
187	873204	873204 B	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SOAT	$ 99.900,00
188	870107	870107 B	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SOAT	$ 99.900,00
189	873121	873121 B	RADIOGRAFIA DE HUMERO	SOAT	$ 99.900,00
190	870104	870104 B	RADIOGRAFIA DE MALAR	SOAT	$ 99.900,00
191	873210	873210 B	RADIOGRAFIA DE MANO	SOAT	$ 77.000,00
192	870005	870005 B	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	SOAT	$ 99.900,00
193	870113	870113 B	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	SOAT	$ 99.900,00
194	870112	870112 B	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	SOAT	$ 99.900,00
195	873340	873340 B	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00
196	873111	873111 B	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SOAT	$ 99.900,00
197	870102	870102 B	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SOAT	$ 99.900,00
198	873333	873333 B	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SOAT	$ 77.000,00
199	873313	873313 B	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00
200	873206	873206 B	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	SOAT	$ 77.000,00
201	871111	871111 B	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SOAT	$ 109.800,00
202	873420	873420 B	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SOAT	$ 99.900,00

203	871050	871050 B	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SOAT	$ 120.300,00
204	870108	870108 B	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SOAT	$ 99.900,00
205	870004	870004 B	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	SOAT	$ 99.900,00
206	870601	870601 B	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SOAT	$ 115.500,00
207	873431	873431 B	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	SOAT	$ 77.000,00
208	871121	871121 B	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SOAT	$ 109.800,00
209	232401	232401 B	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	SOAT	$ 167.600,00
210	232402	232402 B	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL	SOAT	$ 336.200,00
211	902220	902220 B	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT	$ 15.500,00
212	902221	902221 B	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT	$ 15.500,00
213	893812	893812 B	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	SOAT	$ 54.600,00
214	754101	754101 B	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	SOAT	$ 162.900,00
215	973801	973801 B	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	SOAT	$ 32.500,00
216	974301	974301 B	RETIRO DE SUTURAS DE TORAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD	SOAT	$ 32.500,00
217	906242	906242 B	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 50.000,00
218	906244	906244 B	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 50.000,00
219	907008	907008 B	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT	$ 11.400,00
220	906340	906340 B	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO	SOAT	$ 99.423,00
221	906039	906039 B	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	SOAT	$ 24.200,00
222	906915	906915 B	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	SOAT	19.800,00
223	865207	865207 B	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	SOAT	$ 25.600,00
224	865101	865101 B	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT	$ 25.600,00
225	865210	865210 B	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	SOAT	$ 267.500,00
226	972101	972101 B	SUSTITUCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT	$ 232.100,00
227	758001	758001 B	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	SOAT	$ 113.000,00
228	758002	758002 B	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA	SOAT	$ 113.000,00
229	961401	961401 B	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT	$ 113.000,00
230	931001	931001 B	TERAPIA FISICA INTEGRAL	SOAT	$ 35.100,00
231	939403	939403 B	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT	$ 35.100,00
232	902045	902045 B	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT	$ 55.200,00
233	902049	902049 B	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT	$ 53.600,00
234	892901	892901 B	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	SOAT	$ 43.800,00
235	997106	997106 B	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT	$ 37.400,00
236	935307	935307 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX	SOAT	$ 160.800,00
237	906128	906128 B	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 54.000,00
238	906130	906130 B	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 54.000,00
239	903867	903867 B	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SOAT	$ 39.700,00
240	903866	903866 B	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SOAT	$ 39.700,00
241	903868	903868 B	TRIGLICERIDOS	SOAT	$ 25.600,00
242	906131	906131 B	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 33.000,00
243	903436	903436 B	TROPONINA I CUALITATIVA	SOAT	$ 117.100,00
244	90490201	90490201 B	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL	SOAT	$ 56.000,00
245	903869	903869 B	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 20.100,00
246	907106	907106 B	UROANALISIS	SOAT	$ 24.200,00
247	940901	940901 B	VALORACION POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
248	906249	906249 B	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT	$ 131.200,00
249	935401	935401 B	APLICACION DE FERULA SOD	SOAT	$ 85.900,00
250	935701	935701 B	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	SOAT	$ 85.900,00
251	935100	935100 B	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	SOAT	$ 15.000,00
252	935305	935305 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT	$ 85.900,00
253	935303	935303 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO	SOAT	$ 170.100,00
254	935302	935302 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	SOAT	$ 85.900,00
255	935306	935306 B	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)	SOAT	$ 170.100
256	890605	890605 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
257	890606	890606 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT	$ 38.400,00
258	890608	890608 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 37.400,00
259	890611	890611 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA	SOAT	$ 35.100,00
260	890612	890612 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00
261	890609	890609 B	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 28.300,00
262	996101	996101 B	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA	SOAT	$ 555.400,00
263	890366	890366 B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SOAT	$ 80.000,00
264	890266	890266 B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SOAT	$ 80.000,00

265	862802	862802 B	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT	$ 267.500,00
266	862801	862801 B	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT	$ 267.500,00
267	180101	180101 B	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT	$ 92.600,00
268	862101	862101 B	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	SOAT	$ 196.800,00
269	990212.01	990212.01 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL DE LA MATERNA	SOAT	$ 17.000,00
270	990212.02	990212.02 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL DEL DIABETICO	SOAT	$ 17.000,00
271	990212.03	990212.03 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL PACIENTE CON DISCAPACIDAD	SOAT	$ 17.000,00
272	990203.01	990203.01 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA DE LA MATERNA	SOAT	$ 17.000,00
273	990203.02	990203.02 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA DEL DIABETICO	SOAT	$ 17.000,00
274	990203.03	990203.03 B	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA PACIENTE CON DISCAPACIDAD	SOAT	$ 17.000,00
275	898015	898015 B	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO BASICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL MANUAL	SOAT	$ 43.800,00
276	893109	893109 B	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL	SOAT	$ 44.800,00
277	718102	718102 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O DE VULVA O PERINE CON INCISION	SOAT	$ 162.900,00
278	718101	718101 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O DE VULVA O PERINE SIN INCISION	SOAT	$ 162.900,00
279	340701	340701 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O EN PARED TORACICA	SOAT	$ 162.900,00
280	861202	861202 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION	SOAT	$ 162.900,00
281	982101	982101 B	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÃ'O SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT	$ 99.400,00
282	976501	976501 B	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	SOAT	$ 47.500,00
283	977201	977201 B	EXTRACCION DE TAPON INTRAUTERINO SOD	SOAT	$ 113.000,00
284	973201	973201 B	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT	$ 123.900,00
285	978801	978801 B	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACION EXTERNO	SOAT	$ 162.900,00
286	981101	981101 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT	$ 92.600,00
287	981301	981301 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA FARINGE SOD	SOAT	$ 162.900,00
288	981401	981401 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA LARINGE SOD	SOAT	$ 162.900,00
289	981501	981501 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA TRAQUEA Y BRONQUIO SOD	SOAT	$ 162.900,00
290	981901	981901 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA URETRA	SOAT	$ 162.900,00
291	981701	981701 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O INTRALUMINAL DE LA VAGINA SOD	SOAT	$ 133.800,00
292	982201	982201 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA SOD	SOAT	$ 162.900,00
293	982501	982501 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA PENE O ESCROTO SOD	SOAT	$ 162.900,00
294	982401	982401 B	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÃ'O NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO SOD	SOAT	$ 267.500,00
295	903843	903843 B	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT	$ 22.900,00
296	903845	903845 B	GLUCOSA TEST O SULLIVAN	SOAT	$ 57.800,00
297	992101	992101 B	INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	SOAT	$ 29.700,00
298	966101	966101 B	INFUSION DE ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA	SOAT	$ 38.400,00
299	991800	991800 B	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 6.700,00
300	960402	960402 B	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ	SOAT	$ 191.600,00
301	960101	960101 B	INSERCION DE VIA AEREA NASOFARINGEA SOD	SOAT	$ 191.600,00
302	960201	960201 B	INSERCION DE VIA AEREA OROFARINGEA SOD	SOAT	$ 191.600,00
303	960901	960901 B	INSERCION O SUSTITUCION DE TUBO O SONDA RECTAL SOD	SOAT	$ 232.100,00
304	890405	890405 B	INTERCONSULTA POR ENFERMERIA	SOAT	$ 35.100,00
305	890411	890411 B	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 35.100,00
306	890401	890401 B	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 54.600,00
307	890412	890412 B	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT	$ 35.100,00
308	890409	890409 B	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT	$ 74.500,00
309	943500	943500 B	INTERVENCION EN CRISIS SOD	SOAT	$ 74.500,00
310	965301	965301 B	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	SOAT	$ 38.400,00
311	963901	963901 B	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT	$ 80.200,00
312	965101	965101 B	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT	$ 38.400,00
313	965902	965902 B	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	SOAT	$ 86.200,00
314	965901	965901 B	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	SOAT	$ 80.200,00
315	939401	939401 B	MEDICACION RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACION (AEROSOLTERAPIA)	SOAT	$ 35.100,00
316	950601	950601 B	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT	$ 77.000,00
317	73530101	73530101 B	PAQUETE ATENCION DEL PARTO (INCLUYE SALA-HONORARIOS-TSH)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.602.900,00
318	997001	997001 B	PROFILAXIS DENTAL O PULIDO CORONAL	SOAT	$ 37.400,00
319	944202	944202 B	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 43.800,00
320	944102	944102 B	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	SOAT	$ 98.300,00

321	873303	873303 B	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	SOAT	$ 99.400,00
322	873314	873314 B	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	SOAT	$ 122.300,00
323	873412	873412 B	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	SOAT	$ 45.200,00
324	871320	871320 B	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	SOAT	$ 141.600,00
325	873422	873422 B	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	SOAT	$ 45.200,00
326	872121	872121 B	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO)	SOAT	$ 299.200,00
327	873004	873004 B	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] +	SOAT	$ 77.000,00
328	873443	873443 B	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SOAT	$ 45.200,00
329	873123	873123 B	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	SOAT	$ 45.200,00
330	579501	579501 B	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$ 47.500,00
331	756910	756910 B	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMIA	SOAT	$ 196.800,00
332	869400	869400 B	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SOAT	$ 162.900,00
333	971501	971501 B	SUSTITUCION DE CATETER DE HERIDA SOD	SOAT	$ 232.100,00
334	971201	971201 B	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	SOAT	$ 232.100,00
335	971101	971101 B	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	SOAT	$ 232.100,00
336	971401	971401 B	SUSTITUCION DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACION MUSCULOESQUELETICA SOD	SOAT	$ 232.100,00
337	972601	972601 B	SUSTITUCION DE OTRO TAPON (MECHA) O DRENAJE VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT	$ 232.100,00
338	971601	971601 B	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA SOD	SOAT	$ 232.100,00
339	970201	970201 B	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD	SOAT	$ 232.100,00
340	970101	970101 B	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	SOAT	$ 232.100,00
341	865208	865208 B	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES	SOAT	$ 267.500,00
342	717920	717920 B	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)	SOAT	$ 267.500,00
343	865102	865102 B	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	SOAT	$ 25.600,00
344	865201	865201 B	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA	SOAT	$ 25.600,00
345	865203	865203 B	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT	$ 25.600,00
346	275203	275203 B	SUTURA DE LACERACION DE OTRA PARTE DE LA BOCA	SOAT	$ 162.900,00
347	184100	184100 B	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT	$ 196.800,00
348	340801	340801 B	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA	SOAT	$ 25.600,00
349	275102	275102 B	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	SOAT	$ 267.500,00
350	275101	275101 B	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS	SOAT	$ 267.500,00
351	88201	88201 B	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	SOAT	$ 196.800,00
352	906846	906846 B	TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS IG G	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
353	993124	993124 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (TETRAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
354	99312401	99312401 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (TETRAVALENTE) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
355	993125	993125 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS (IVP)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
356	993121	993121 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
357	993123	993123 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
358	993131	993131 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
359	993521	993521 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HEPATITIS A Y HEPATITIS B	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
360	99352101	99352101 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HEPATITIS A Y HEPATITIS B - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
361	993520	993520 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
362	99352001	99352001 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
363	993120	993120 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [TD]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
364	99312001	99312001 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [TD] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
365	993101	993101 B	VACUNACION CONTRA COLERA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
366	993502	993502 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
367	99350201	99350201 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
368	993103	993103 B	VACUNACION CONTRA MENINGOCOCO (AC O BC)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
369	99310301	99310301 B	VACUNACION CONTRA MENINGOCOCO (AC O BC) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00

370	993523	993523 B	VACUNACION CONTRA OTRO VIRUS (ESPECIFICO)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
371	99352301	99352301 B	VACUNACION CONTRA OTRO VIRUS (ESPECIFICO) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
372	993507	993507 B	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
373	99350701	99350701 B	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
374	993505	993505 B	VACUNACION CONTRA RABIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
375	99350501	99350501 B	VACUNACION CONTRA RABIA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
376	993508	993508 B	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
377	99350801	99350801 B	VACUNACION CONTRA RUBEOLA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
378	993506	993506 B	VACUNACION CONTRA SARAMPION	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
379	99350601	99350601 B	VACUNACION CONTRA SARAMPION - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
380	601T0201	601T0201 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.048.672,00
381	601T0202	601T0202 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (GABARRA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.308.723,00
382	601T0203	601T0203 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - OCAÃ'A (VIA EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.684.405,00
383	601T0204	601T0204 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - OCAÃ'A (VIA SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 3.602.908,00
384	601T0205	601T0205 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (CAMPO DOS - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 459.173,00
385	601T0206	601T0206 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (EL TARRA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.206.479,00
386	601T0207	601T0207 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (EL TARRA - OCAÃ'A)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.483.581,00
387	601T0208	601T0208 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (ORU - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 582.786,00
388	601T0209	601T0209 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (ORU - EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 618.191,90
389	601T02010	601T02010 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (FILO GRINGO - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 883.098,00
390	601T02011	601T02011 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (FILO GRINGO - EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 446.095,00
391	601T02012	601T02012 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (PACHELLY - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 812.444,00
392	601T02013	601T02013 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.271.619,00
393	601T02014	601T02014 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - OCAÃ'A)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.331.289,00
394	601T02015	601T02015 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - LA CURVA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 618.191,00
395	601T02016	601T02016 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - LA VICTORIA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 300.466,00
396	601T02017	601T02017 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - LA SAN JUANA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 167.788,00
397	601T02018	601T02018 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 671.136,00
398	601T02019	601T02019 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.942.460,00
399	601T02020	601T02020 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - LUIS VERO)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 353.564,00
400	601T0221	601T0221 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (BUCARASICA - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.236.229,00
401	601T02022	601T02022 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (BUCARASICA - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.419.498,00
402	601T02023	601T02023 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SAN MARTIN DE LOBA - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.783.752,00
403	601T02024	601T02024 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (SAN MARTIN DE LOBA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 752.497,00
404	601T02025	601T02025 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (PUERTO SANTANDER - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.066.953,00
405	601T02026	601T02026 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (CAMPO DOS - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.600.051,00
406	601T01027	601T01027 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
407	601T01028	601T01028 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
408	601T01029	601T01029 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO BUCARASICA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
409	601T01030	601T01030 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO (TRASLADO AREA URBANA MUNICIPIO EL TARRA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 197.831,00
410	601T02031	601T02031 B	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO (VEREDA CAÃ'O INDIO -TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 510.492,00
411	T00025036	T00025036 B	TRASLADO CASCO URBANO (TIBU-SARDINATA-PTO SANTANDER-TARRA-BUCARASICA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 80.200,00
412	T00023037	T00023037 B	TRASLADO KILOMETRO RURAL (DENTRO DE LA RED DPTAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.663.273,00
413	602T02	602T02 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (TIBU - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.928.655,00
414	602T0204	602T0204 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (EL TARRA - OCAÃ'A)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.308.723,00

415	602T0203	602T0203 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (LA GABARRA - TIBU)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 872.477,00
416	602T0205	602T0205 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (LAS MERCEDES - SARDINATA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.387.039,00
417	602T0202	602T0202 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (PUERTO SANTANDER - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 1.653.104,00
418	602T0201	602T0201 B	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (SARDINATA - CUCUTA)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 2.048.672,00
419	89380107	89380107 B	CONSUMO OXIGENO - CATETER O CANULA NASAL	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 120
420	89380106	89380106 B	CONSUMO OXIGENO - MASCARA RESERVORIO	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 320
421	89380104	89380104 B	CONSUMO OXIGENO - MASCARA TRAQUEOSTOMIA	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
422	89380101	89380101 B	CONSUMO OXIGENO - VENTURY 24% - 28%	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
423	89380102	89380102 B	CONSUMO OXIGENO - VENTURY 31% - 35%	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
424	89380103	89380103 B	CONSUMO OXIGENO - VENTURY 35% - 50%	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
425	89380105	89380105 B	CONSUMO OXIGENO - CAMARA DE HOOD	TARIFA INSTITUCIONAL -X MINUTO	$ 325
426	A31001	A31001 B	INVESTIGACION DE CASO DE INTERES EN SALUD PUBLICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.320,00
427	A31004	A31004 B	BUSQUEDA, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 29.800,00
428	991402	991402 B	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 10.000,00
429	991403	991403 B	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTITETANICA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 10.000,00
430	TARI001	TARI001 B	TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 29.800,00
431	860201	860201 B	PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIA (APLICACION PRUEBA DE SENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 18.700,00
432	895004	895004 B	MONITOREO DE TENSION ARTERIAL (TOMA DE TENSION ARTERIAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 9.000,00
433	TARI002	TARI002 B	CERTIFICADO DE ACCIDENTE DE TRANSITO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 25.000,00
434	TARI003	TARI003 B	CERTIFICADO MEDICO/ ODONTOLOGICO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 25.000,00
435	890101	890101 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 85.800,00
436	890105	890105 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.600,00
437	890108	890108 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 67.000,00
438	890109	890109 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.500,00
439	890111	890111 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.500,00
440	890112	890112 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 47.500,00
441	890114	890114 B	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR PROMOTOR DE LA SALUD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 32.600,00
442	993102	993102 B	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
443	993104	993104 B	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
444	993105	993105 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
445	993106	993106 B	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
446	993107	993107 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
447	993122	993122 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
448	993501	993501 B	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
449	993130	993130 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y HEPATITIS B (PENTAVALENTE)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
450	993503	993503 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
451	993504	993504 B	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
452	993509	993509 B	VACUNACION CONTRA VARICELA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
453	993510	993510 B	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
454	993512	993512 B	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
455	993513	993513 B	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
456	993522	993522 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
457	994100	994100 B	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00

458	994300	994300 B	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DIFTERICA SOD	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
459	995201	995201 B	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
460	995202	995202 B	ADMINISTRACIÓN VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19]	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 11.000,00
461	99310201	99310201 B	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
462	99310401	99310401 B	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
463	99310501	99310501 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
464	99310601	99310601 B	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
465	99310701	99310701 B	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
466	99312201	99312201 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA [DPT] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
467	99350101	99350101 B	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
468	99350301	99350301 B	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
469	99350901	99350901 B	VACUNACION CONTRA VARICELA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
470	99351001	99351001 B	VACUNACION CONTRA INFLUENZA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
471	99351201	99351201 B	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
472	99351301	99351301 B	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH] - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
473	99352201	99352201 B	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL) - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
474	99510101	99510101 B	VACUNACION CONTRA LA MALARIA - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
475	99520101	99520101 B	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00
476	99520207	99520207 B	ADMINISTRACIÓN VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] EXTRAMURAL	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 15.000,00

Nota 1: el oferente deberá diligenciar los valores ofertados, en la columna correspondiente.

Nota 2: declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE. SEÑOR OFERENTE SI SU OFERTA SOBREPASA EL PRECIO TECHO DE ALGUNO DE LOS ÍTEMS NO SERA TENIDA EN CUENTA PARA LA VERIFICACIÓN; NO OBSTANTE, POR TRATARSE DE UN CONTRATO BAJO LA MODALIDAD DE INTERADMINISTRATIVO, LA ENTIDAD PODRÁ SOLICITAR ACLARACIÓN EN CASO DE DUDAS RESPECTO DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA OFERTA ECONÓMICA

_____

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. 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. Responder en los plazos que la POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que se le formulen.
4. En general, la obligación de cumplir cabalmente con las condiciones y modalidades previstas contractualmente para la ejecución y desarrollo del Contrato y sus anexos, para lo cual el Contratista deberá actuar razonablemente en el marco de sus obligaciones contractuales.
5. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias; (de existir algún cambio o pérdida de estas, deberá informar de manera inmediata a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER a fin de realizar los ajustes necesarios).
6. Atender oportunamente y eficazmente las solicitudes que le formule la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER de la Policía Nacional.
7. El Contratista se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO del presupuesto asignado. 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.
8. Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato, el Contratista deberá informar mediante oficio a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER responsable de Seguimiento Servicios de Alto Impacto **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.**
9. 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 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER no se hará responsable de los mismos.
10. Informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 5 y al Coordinador del contrato aquellos responsables de Seguimiento Servicios de Alto Impacto aspectos que puedan afectar la normal ejecución del mismo.
11. 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.
12. 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 Administrativa y Financiera de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopten las medidas necesarias.
13. 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.
14. Las actividades inherentes al servicio las desarrollará en sus instalaciones, utilizando los equipos y personal idóneo. El personal que utilice para la realización de las actividades no tiene ni tendrá ninguna relación laboral con la Policía Nacional.
15. Prestar el servicio en las instalaciones de la unidad médica ambulatoria y hospitalaria, con cumplimiento de los Requisitos contemplados por el Ministerio de Protección Social en el Decreto 1011 del 2.006; Resolución 2003 del 2014 y todas aquellas normas legales vigentes que establezcan estándares mínimos en prestación de servicios de salud.
16. Realizar los procedimientos requeridos bajo los protocolos y guías de manejos universalmente aceptadas y enmarcadas dentro de los principios de ética profesional y si existieren protocolos remitidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 5
17. Prestar los servicios previa autorización escrita de la **Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5 en la ciudad de Cúcuta**, y la Oficina de Referencia Nacional anexando los soportes respectivos.
18. El Contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias, se fundamente en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía - de 2001), en el Manual único de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP Acuerdo 080 de 2022 del SSMP y demás leyes que los adicionen, modifiquen o sustituyan, y en la Resolución 057 del 07 de febrero de 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)* que se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co los cuales hacen parte integral del presente contrato.
19. 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 CONTRA-REFERENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SLAUD NORTE DE SANTANDER Y** DE REFERENCIA NACIONAL siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente.

20. La autorización de los servicios de Consulta externa Diferida y atención de Urgencias Diferida (Prioritaria) se realizará las 24 horas del día, en los teléfonos fijos 6447295 ext. 7231 URGENCIAS o a los correos electrónicos: disan.refer-nal@policia.gov.co denor.upres-rin@policia.gov.co, respectivos del Servicio de Urgencias y la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5 de la ciudad de Cúcuta.
21. Notificar el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al subsistema de salud de la policía nacional a la oficina de redes integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, el cual no haya sido regulado por la misma; dentro de las primeras 24 horas posteriores a su ingreso, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente. Correo electrónico denor.upres-rin@policia.gov.co, disan.griss-aut@policia.gov.co, disan.griss-crf@policia.gov.co , upres.rin@policia.gov.co.
22. Orden de prestación de los servicios expedida por la Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, debidamente firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por Urgencias Vitales y anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia y cédula de ciudadanía; lo anterior se requiere para la presentación de las facturas a cuentas.
23. Prestar el transporte de pacientes en Ambulancia, para cubrir la necesidad de su referencia, en el momento que se autorice por la **Oficina de REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER** El costo del traslado de los pacientes en ambulancia sea básica o medicalizada, para los procedimientos contemplados en el objeto del contrato, serán asumidos por el Contratista. Para el caso de los traslados terrestres locales se aclara que el que se deba efectuar entre sedes de la IPS en el mismo municipio (si las hubiere) no debe ser facturado, para los otros casos, se deberá allegar la resolución o documento mediante el cual se regula su valor.
24. Por ningún motivo se autorizarán con posterioridad los servicios prestados a usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5 y REFERENCIA NACIONAL que nunca fueron notificados y/o informados en su debido tiempo bajo los términos de Ley, a la **Oficina de Referencia y Contrareferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5 ubicada en la ciudad de Cúcuta.**
25. Para el servicio programado se prestará a los pacientes previa orden de servicio en original, firmada por el médico tratante y orden de autorización emitida por el profesional de salud Médico Especialista en Auditoría de la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5. Para acceder al servicio, el usuario se presenta en la IPS y ésta puede verificar la identidad del usuario a través del documento de identificación, el cual es un documento oficial que establece la identidad y la nacionalidad del usuario. La central de autorizaciones, debe verificar los derechos en salud en SISAP y en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA-ADRES), ante la solicitud realizada por la IPS Esto dando cumplimiento al Decreto 2106 del 22 de noviembre de 2019 *"Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar tramites, procesos y procedimiento innecesarios existentes en la administración pública"* Estas atenciones deberán especificar el procedimiento a realizar de acuerdo con el objeto del contrato y el diagnóstico del servicio solicitado según padecimiento del paciente remitido.
26. Atender sin restricción las urgencias vitales determinadas así de acuerdo a su definición científica teniendo en cuenta que **NO REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA** y deben prestarse garantizando el acceso y calidad del servicio a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Los casos de urgencia vital o atención inicial de urgencias, serán atendidos conforme a las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en concordancia con las disposiciones definidas en las Circulares y Resoluciones, expedidas por la Superintendencia de Salud.
27. Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas al alta, harán parte de la misma atención inicial de urgencia y con cargo al mismo valor.
28. Tener estructurado el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
29. Implantar su propio sistema de auditoría médica y permitir que la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER a través de visitas de auditor medico concurrente, realice las auditorias e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que este considere pertinente, facilitando la autorización de visitas del auditor médico concurrente designado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 5 de la Policía Nacional a los pacientes hospitalizados y permitiendo la revisión de las historias clínicas, las estadísticas, los soportes y demás documentos relacionados con la atención, facilitar la verificación y revisión de los servicios prestados para evaluar la calidad del mismo.
30. Brindar el servicio ofertado con oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad, eficiencia científica y técnica y excelente calidad.
31. La oportunidad en la consulta médica general ambulatoria, no podrá ser superior a 3 días. La oportunidad para el servicio de urgencias, deberá ser resuelta de forma inmediata teniendo en cuenta el triage realizado. La oportunidad para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios de la Policía Nacional de la Jurisdicción de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER hospitalizados, deberá ser resuelta de forma inmediata en el servicio de urgencias; en consulta externa se aceptará la oportunidad a los 3 días.
32. Se compromete a que exista disponibilidad de camas en hospitalización general, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, a cargo del presente contrato celebrado, o en su defecto a gestionar la remisión del paciente dentro de un máximo de 2 horas siguientes a la determinación de la necesidad de referencia por el personal médico, para servicios de mayor complejidad a la ofertada y/o contratada.
33. En Consulta Externa Ambulatoria todo niño menor de 1 año, deberá ser atendido directamente por el Especialista en Pediatría según la disponibilidad ofertada, si no se cuenta con dicho recurso se debe remitir a un nivel de complejidad que cuente con este servicio de especialidad.

34. Asegurar que toda mujer en estado de gestación pueda acceder a la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a la normatividad vigente: sentencia T-388/09 de la Corte Constitucional de Colombia, Decreto 4444 de diciembre 13 del 2006 por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva; Circular conjunta externa 005 del 27 de febrero de 2012 "Intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional" y el Instructivo 019 del 28 de junio de 2013 DISAN - AGESA.
35. Toda materna deberá ser atendida prioritariamente en el servicio de urgencias y se aceptará la atención por el médico designado para la atención de gineco-obstetricia, realizando las correspondientes remisiones según requerimientos técnico-científicos. En Consulta Externa Ambulatoria toda materna deberá ser atendida directamente por el Especialista Gineco-Obstetra según la disponibilidad ofertada, si no se cuenta con dicho recurso se debe remitir a un nivel de complejidad que cuente con este servicio de especialidad.
36. 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.
37. El Contratista debe contar con la habilitación de los servicios a prestar, soportado por el 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, (se debe anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).
38. Concertar con el Contratante cualquier cambio en las condiciones técnicas que surjan durante el término de ejecución del contrato, previa solicitud escrita plenamente justificada por cualquiera de las partes.
39. deberá presentar la respectiva factura original acompañada de Certificación expedida por el Revisor Fiscal para entidades jurídicas o por el propietario del establecimiento comercial si es persona natural, en la que conste el cumplimiento del pago de los aportes de que trata el Articulo 1 de la Ley 828 de 2.003. Dicha certificación es requisito indispensable para el pago. **2.** Estado de Ejecución del contrato**. 3. RECIBIDO A SATISFACCIÓN:** El supervisor que disponga el comandante de la policía metropolitana de Cúcuta, tramitara el recibo a satisfacción, dentro de los Cinco (5) días siguientes a la presentación de la factura, el cual debe ser expedido por el **SUPERVISOR** del Contrato.
40. Cumplir y prestar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa establecida en la oferta económica presentada la cual forma parte integral del presente contrato, en el momento de la prestación del servicio. Las actividades que no estén contempladas en el manual SOAT y que la entidad contratista cobre a tarifa institucional vigente a la fecha de la atención, estarán sujetas a verificación por parte de Auditoría Médica de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER quien tendrá en cuenta los precios del mercado, sin perjuicio a las glosas a que fueran objeto de acuerdo a las objeciones presentadas.
41. Los medicamentos derivados de la atención hospitalaria, de urgencias y los ambulatorios que se encuentren contemplados en el acuerdo 080 de 2022 del CSSSMP, se deben formular en forma genérica según Decreto 4747 de 2007 compilado en el decreto 780 de 2016 y facturar a las tarifas presentadas por la entidad en la oferta económica precio de compra +30%.
42. El servicio de **transporte de ambulancia** se cancelará de acuerdo a tarifas estipuladas por la entidad en la oferta económica. *En caso que los anteriores valores los oferte la entidad mediante resolución "Esta Resolución se actualizará de acuerdo a su vigencia y las tarifas se reconocerán de acuerdo a las estipuladas en la nueva resolución (si la hubiere) y según la vigencia de la prestación del servicio".* El servicio de **oxígeno** se cancelará de acuerdo a tarifas estipuladas por la entidad en la oferta económica.
43. El Contratista se obliga a mantener vigente la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual durante la vigencia del contrato.
44. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, cumplir con los requisitos mínimos, esenciales y las Condiciones Sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto del orden Nacional como Territorial.
45. 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" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado a la **Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la** Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. Deberá responder por los eventos adversos prevenibles o evitables que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato.
46. El Contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en la ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora; al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de la Atención en salud derivados del evento adverso . Este reporte deberá ser consignado en el formato REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS
47. El Contratista asumirá el pago de: **a)** Salarios, prestaciones Sociales e indemnizaciones de carácter laboral del personal que utilice para la ejecución del objeto del Contrato. **b)** Los impuestos, gravámenes y servicios de cualquier género que se causen con ocasión de la suscripción, legalización y ejecución del presente Contrato. **c)** Las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de seguridad Social y Salud de acuerdo con los artículos 282 de la Ley 100 de 1993, en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y decreto 1703 del mismo año; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura el Recibo de pago de aportes parafiscales (según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012) y de seguridad social actualizado.
48. Recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin justificación, las quejas o sugerencias de los usuarios que recaigan sobre la prestación del servicio objeto del contrato, para lo cual se debe efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el Contratante.

49. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantenerlo informado y facilitar su consentimiento.
50. Los servicios facturados deben ser relacionados con la tarifa por evento y el respectivo código CUPS ofertado para cada procedimiento o servicio prestado.
51. 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.
52. Cuando se presente la necesidad médica de limitarse una actividad policial, durante el acto médico el profesional de salud generará la respectiva excusa de servicio parcial o total con la debida pertinencia, en los términos que contempla la normatividad vigente, es decir, el médico general hasta 8 días y el especialista hasta 30 días, prorrogables hasta por el tiempo que por conveniencia médica se amerite. **NO** se deberán dentro de las limitaciones médicas, aquellas 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 las excusas de servicio parcial y en los 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 va de 22:00 a las 06:00 horas del día siguiente.
53. Ajustar sus acciones y cumplir con las establecidas en las especificaciones técnicas mínimas habilitables y condiciones generales para la prestación del servicio.
54. Presentar Factura original y una copia, a nombre de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER teniendo en cuenta las siguientes especificaciones además de las ya establecidas en la Forma de Pago del presente documento: **a)** Los servicios facturados deben ser relacionados con la tarifa por evento y el respectivo Código CUPS ofertado para cada procedimiento o servicio prestado. **b)** Los servicios de **ALTO COSTO** deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la cláusula Forma de pago del presente contrato incluidas las lecturas de apoyo diagnóstico.
55. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.
56. El Contratista deberá expedir y presentar mensualmente al Supervisor del contrato CERTIFICACION DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL firmada por el Representante Legal de la entidad al momento de la radicación de la facturación, dicha certificación deberá contener los siguientes datos: 1. El valor total radicado de servicios prestados. 2. El valor disponible por ejecutar y que certifique que no se tienen facturas pendientes por radicar de servicios prestados en meses anteriores.
57. 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 NRO 5 **Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO**.
58. El Contratista deberá cumplir con las obligaciones relacionadas con la aplicación de las buenas prácticas ambientales.
59. Deberá disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
60. 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.
61. Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar la prestación del servicio, será asumida como su responsabilidad al igual que la periodicidad con que se deben presentar informes ambientales.
64. 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.
65. Aceptar las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficios, avisos y demás actos proferidos por la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, cámara de comercio, etc.
66. 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 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
67. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, y las de carácter ambiental; así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
68. El Contratista deberá conocer modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional Instructivo 009 de marzo de 2014 y el Acuerdo Número 070 de 2019 "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" los cuales se encuentran como anexo en el presente estudio previo

69. El Contratista se obliga a Aplicar la Resolución No. 5267 del 22-12-2017 y la 244 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

70. 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 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 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.

71. El Contratista deberá aplicar la Resolución 003280 del 02-08-2018 del Ministerio de Salud y Protección Social en su Capítulo 7 Numeral III "Lineamiento técnico y operativo de la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal" y aquellas que la adicionen, modifiquen, sustituyan o deroguen, seguros de la importancia que tiene el lema: "CERO TOLERANCIA A LAS MUERTES MATERNAS PREVENIBLES EN EL SSPN.

72. El contratista realizara capacitaciones a los profesionales respecto a las guía, instructivos, protocolos y demás documentos propios de su perfil y los relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía y de Calidad (SOGC); así como actividades de inducción y re inducción, dejando como soporte actas de capacitación, firmas de asistencia y evaluaciones de conocimientos, las cuales deberán ser entregadas de manera mensual al supervisor del contrato sin costo adicional para la Dirección de Sanidad.

73. El contratista deberá garantizar la asistencia de los profesionales en su totalidad a las reuniones, capacitaciones, socialización de Guías y Protocolos de manejo clínico y deberá evaluar los aspectos de las Escuelas de Eficiencia Corporativa dentro el cronograma establecido por la unidad.

74. El contratista deberá atender las observaciones que resultan de las actividades de verificación de autocontrol del cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía y de Calidad (SOGC), auditorias de calidad propia, auditoria de los entes de control, Escuelas de eficiencia corporativa entregando copia de los mismos con los soportes de cumplimiento al supervisor.

75. El contratista se obliga asistir a las reuniones, capacitaciones de los temas referentes al Área de Gestión Prestación de Servicios en Salud, instructivos, Escuelas de Eficiencia Corporativa que se requieren para el debido cumplimiento de sus obligaciones profesionales.

ANEXO Nro. 4

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Coordinador, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

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

4. 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.

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Coordinador dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

7. 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.

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

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

10. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 del 2022 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP (Sistema de Salud Militar Policía).

11. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN **Acuerdo Número 070 de 2019** "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", el cual se encuentra como Anexo en el presente estudio y el Instructivo 016 de 2020 Adopción de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal humanizada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el cual se encuentra en el Anexo No. 16 en el presente estudio previo.

12. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO Nro. 5

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nro. 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:

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 3100 del 25 de noviembre de 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.

_____
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. 6

FORMATO NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO/ EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nro. 5
Ciudad.

Yo_____, Representante de la entidad _____ 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, inscripción en el RETHUS, experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo (1) 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.

Nota: La Policía Nacional se reserva el derecho de verificar la validez de la información relacionada cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".

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

ANEXO Nro. 7

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nro. 5
Ciudad.

Yo_____, Representante de la entidad_____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura, medios, elementos y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto la "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER". 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. 8

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO 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 de acuerdo a su ficha técnica vigentes los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

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

OPORTUNIDAD EN LOS PROCEDIMIENTO Y CONSULTA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nro. 5
Ciudad.

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 20 DÍAS	

OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA (MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA, ETC..

CONSULTA EXTERNA	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 5 DÍAS	
ENTRE 6 Y 10 DÍAS	
ENTRE 11 Y 13 DÍAS	

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

ANEXO Nro. 10

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Contratación Directa Número **PN RASES 5 CD 072 2026** cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".
El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicio 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 2º, 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

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

ANEXO Nro. 11

ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

No.	1	2
Clase	General	Específico
Fuente	Interno	Externa
Etapa	Selección	Ejecución
Tipo	Operacional	Operacional
Descripción	Que la entidad oferente no allegue la documentación con todos los requisitos de la invitación para participar en el proceso de	Sobre ejecución del presupuesto asignado al contrato, por falta de control por parte del contratista a la facturación generada y servicios
Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Se declararía desierto el contrato por falta de oferentes o por rechazo de ofertas	Dando lugar a acciones jurídicas en contra de la entidad, además de las sanciones disciplinarias a que den lugar
Probabilidad	3	3
Impacto	5	4
Calificación Total	8	7
Prioridad	5	5
¿A quién se le asigna el	Dueño de la necesidad y grupo precontractual	Al Contratista
Tratamiento controles a ser implementados	Realizar el ECO con las especificaciones y condiciones técnicas exigidas por la unidad y que el grupo contractual las asuma. Y coordinadamente con el que tiene la necesidad proyecte en forma clara y concreta las condiciones jurídicas y económicas para que el	Se realice seguimiento de la facturación generad por la prestación del servicio, presentando reportes mensuales que reflejen el valor ejecutado
Impacto después del tratamiento: Probabilidad	1	2
Impacto	1	2
Calificación	2	3
Calificación total	4	9
Afecta la ejecución del contrato	NO	NO
¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	NO	NO
Persona responsable por implementar el tratamiento	Al contratista	El Supervisor del Contrato
Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Según Cronograma cuando inicie la publicación	Apartir del Acta de Inicio
Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Según Cronograma cuando	Hasta Finalizar el Contrato
Monitoreo y Revisión: ¿Cómo se realiza el monitoreo?	De manera documentada y coordinaciones directamente entre dueño de la necesidad y el resultado del estudio concienzudo de mercado	Reportes presentados al supervisor del contrato
Periodicidad ¿Cuándo?	Día a Día hasta la adjudicación	Mensual

3	
Específico	
Externa	
Contratación - ejecución	
Ambiental	
Que no haya un área específica y adecuada para la recolección y manejo de residuos biológicos, así como para	
Que dentro de las instalaciones de la entidad se cree un ambiente inadecuado por la inexistencia de un área	
2	
5	
7	
5	
Al Contratista	
Activar planes de contingencia para suplir la necesidad inspeccionar y revisar el cumplimiento del contrato para lograr su cumplimiento	
1	
2	
3	
6	
NO	
NO	
El Supervisor del Contrato	
Inmediatamente se evidencie la situación	
Máxime al día siguiente de que se evidencie la situación	
Debe haber un monitoreo continuo, asignando responsabilidades y haciendo un seguimiento de las actividades correctivas	
Diaria o Mensual, de manera aleatoria	

ANEXO Nro. 12

FORMATOS PROCEDIMEINTO Y MEDICAMENTO NO POS

PROCEDIMIENTOS NO POS

Continuación de la Resolución No. _____ Del _____ "Por la cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad la Policía Nacional"

Pagina: 1 de 2	**PROCESO: ADMINISTRACION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD**	POLICIA NACION
Codigo:	**FORMATO DE SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN ANTE EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS U OTROS SERVICIOS MEDICOS QUE NO HACEN PARTE DEL PLAN DE SERVICIOS DEL SSMP**	
Fecha:		
Version: 0		

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, ÚNICAMENTE POR PARTE DEL ESPECIALISTA TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

FECHA DILIGENCIAMIENTO: **DEPARTAMENTO:**

I. INFORMACION BÁSICA

Nombre del Usuario: Edad:

Tipo de Identificación C.C.___ T.I.___ R.C.___ NUIP._____ N° Teléfono:

Ciudad y Dirección de Residencia:

II. DIAGNOSTICO (S):	Código C.I.E. 10
1.	
2.	
3.	

III. DATOS DEL PROCEDIMIENTO, INSUMO, DISPOSITIVO MÉDICO U OTRO SERVICIO SOLICITADO FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS DEL SSMP

Especialidad: Subespecialidad:

Nombre del procedimiento, Insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio requerido	Cantidad	Tiempo de Tratamiento	Costo	Codigo Cups o Codigo Asignado por el Proveedo

Descripción (Detalle del procedimiento, insumo, dispositivo médico u otro servicio de salud requerido y especificaciones técnicas)

IV. JUSTIFICACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA (Razón científica del requerimiento)

V. JUNTA MÈDICA O QUIRÚRGICA (si se le realizó Junta Médica describa los resultados)

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

Procedimiento, Insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio alterno empleado o suministrado al paciente	Tiempo de uso	Resultados obtenidos (No mejoría/Reacción adversa/Intolerancia)

VII. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACION POR URGENCIA VITAL

Solicitud autorizada al usuario por urgencia el día:_____y se diligencia solo para conocimiento y estadísticas del CTC.

ESP que autorizo:_____

Nombre del ESP, IPS o proveedor que lo suministró:_____

Nombre del ESP, IPS o proveedor donde se administro:_____

Ciudad del ESP, IPS o proveedor:_____ Valor:_____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD O ESP:

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Relacione al menos dos referencias específicas con citas bibliográficas completas)

1.

2.

3.

VIII, DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A LA SOLICITUD

1 Formato de solicitud actualizado en original debida y completamente diligenciado por el médico especialista tratante,
2, Fotocopia de la historia clínica, epicrisis o resumen de la misma,
3 Fotocopia de Ayudas Diagnósticas,
4, Anexo cotización del procedimiento o insumo
5, Anexo de certificación de disponibilidad de recursos (firmado Jefe USP),
6 Fotocopia del carné de servicios médicos del usuario,

IX, DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL SOLICITANTE
"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 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 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 Articulo 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas, Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente si no se aprueba esta solicitud Si:____ No:____ NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO SOLICITANTE: No, CÉDULA: REGISTRO MEDICO: ESPECIALIDAD: NOMBRE DEL ESP O DE LA IPS EN LA QUE LABORA:
X, CONCEPTO JUNTA DE PARES DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA
X, COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO
APROBADO: SI ☐ NO ☐
OBSERVACIONES:
Firmas del Comité:
Comité No: Fecha:

MEDICAMENTOS NO POS

Continuación de la Resolución No, _____ Del _____ "Por la cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional,"

ACUERDO NÚMERO 080 DE 2022
FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA DEL SSMP

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE,
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO,

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 SOLICITADO FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS:

Ambulatorio: _____ Hospitalario: _____ Urgencia (vital): _____
Tipo de Medicamento: Medicamento: _____ Vital no Disponible: _____ Magistral: _____
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, La indicación o uso previsto del medicamento está autorizado por la autoridad competente (INVIMA): SI: _____ NO: _____
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: _____

VII, NOTIFICACION SOBRE AUTORIZACION DE URGENCIA VITAL (Diligenciar en caso que el medicamento haya sido autorizado por Urgencia Vital),

Se aprobó por Urgencia Vital o prioridad clínica: SI _____ NO_____
Fecha en que se aprobó, _____
USP que autorizo: _____
Nombre de la USP o IPS que suministro: _____
Nombre de la USP o IPS donde se administró: _____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD: _____

El Comité NO aprobará tratamientos experimentales, Ni medicamentos prescritos para tratamientos expresamente excluidos del manual, (Resolución 2933 artículo 6o, parágrafo- POS),
Si se requiere información o documentación adicional el Comité solicitará al médico tratante, Quien debe suministrarla dentro de los dos días siguientes, (Resolución 2933 artículo 7o, literal c),

"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 Articulo 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas,"

Nombres y Apellidos del Médico Especialista Solicitante: _____
No, de Cédula: _____ **Registro Médico:** _____ **Especialidad** _____
Nombre de la Institución Prestadora de Servicios 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,

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

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo número 080 de 2022)
(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

(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)

FORMULARIO Nro. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5
Ciudad.

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de Contratación Directa, Número **PN RASES 5 CD 072 2026** cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".
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 Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de selección **PN RASES 5 CD 072 2026**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 –, cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".
Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica 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.
El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y/o invitación publica de conformidad con el formulario "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 los pliegos de condiciones y/o invitación publica, la de sus anexos y formularios, así como el de cada una 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 o 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 el proponente, en este caso (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está

compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, correo electrónico teléfono y fax son los siguientes: (información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).

5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación publica en la ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
6. Que nos comprometemos con la POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, a cumplir con los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden las especificaciones técnicas solicitadas y plazos establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación.
7. Reconocemos y aceptamos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes y/o servicios que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes y/o servicios que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los pliegos de condiciones y/o invitación publica sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.
8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
10. Reconocemos que ni los pliegos de condiciones y/o invitación publica, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
11. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al formulario "minuta del contrato" de los pliegos de condiciones y/o invitación publica, y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del presente proceso de selección las que de antemano aceptamos.
12. Los documentos confidenciales serán señalados en la oferta presentada en SECOP II, y la Entidad tendrá la facultad de comprobar la confidencialidad del documento y aceptarla o rechazarla según lo que establece la ley sobre los documentos confidenciales.
13. Los suscritos (integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

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.

14. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
15. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax, correo electrónico.
16. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
17. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
18. El plazo de ejecución será el establecido en el pliego de condiciones y/o invitación pública.
19. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de esta.
20. Que la Oferta económica que presentó cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas del Pliego de Condiciones de la referencia.
21. Que la oferta económica esta diligenciada en los términos definidos por la Entidad en el cuestionario de SECOP II, para el presente proceso y que hacen parte integral de la Oferta.
22. El (los) abajo firmante (s) nos comprometemos a cumplir con las especificaciones técnicas mínimas del proceso de contratación establecidas en el "ANEXO CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS" y de acuerdo con las condiciones exigidas en el "Anexo" CRITERIOS DE SELECCIÓN.

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

FORMULARIO Nro. 2

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Contratación Directa, Número **PN RASES 5 CD 072 2026** cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".

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 Contratación Directa, para la celebración de un contrato estatal para "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".

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

FORMULARIO Nro. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Contratación Directa, Número **PN RASES 5 CD 072 2026** cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CURSO DE VIDA, RUTA MATERNOPERINATAL Y RUTA CARDIOCEREBROVASCULAR Y SERVICIOS MEDICOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICINA GENERAL, CONSULTA MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA DE ACUERDO A LO HABILITADO, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, SERVICIOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU, EL TARRA, SARDINATA, BUCARASICA, PUERTO SANTANDER Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".
El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio 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), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección 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 los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.
El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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 del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

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;

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 selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 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.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,[1] son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.
El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

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.

[1] Decreto 2153 de 1992, Arts. 44 y 47.

FORMULARIO Nro. 4
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_____

Departamento _____ Ciudad _____

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_____

Número de la cuenta _____ (Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO