Floridablanca, 19 MAY 2026

Señores
ESE JOAQUIN EMIRO ESCOBAR
CARRERA 3 No.4-86 Barrio Pablo Sexto
Teléfono: 3144114509
Herrán - Norte de Santander

Asunto: Invitación Contratación Directa **PN RASES 5 CD 069 2026**

La Regional de Aseguramiento en Salud 5 de la Policía Nacional, identificada con NIT. 804.012.688-5., se permite invitarlo a presentar oferta para los siguientes servicios así: *"PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".*

CAPITULO I

CONDICIONES GENERALES

La presente invitación contiene disposiciones de tipo general aplicables a los diferentes procesos que efectúa LA NACION - POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5; igualmente cuenta con anexos dispuestos y preparados por la entidad y formularios los cuales deben ser diligenciados en su integridad por el proponente.

1. CONDICIONES BÁSICAS

OBJETO

"PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL 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
85101505	Servicios de Salud	Servicios integrales de salud	Centros de salud	Servicios respiratorios hospitalarios
85101507	Servicios de Salud	Servicios integrales de salud	Centros de salud	Centros asistenciales de urgencia

FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta que se requiere prestar los servicios médicos en Herrán y su área de influencia, con el fin de garantizar el acceso a la atención en salud a nuestros usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional residentes en dicha localidad, incluidos los grupos operativos siendo este municipio punto de georreferenciación de las entidades prestadoras del servicio de salud de esta jurisdicción, la presente contratación se realizará por la modalidad de contratación directa a través de un contrato interadministrativo, de acuerdo a lo consagrado en el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del decreto 1082 de 2015.

La presente modalidad de selección denominada CONTRATACIÓN DIRECTA se encuentra reglamentada por el numeral 4º del artículo 2º de la Ley 1150 de 2007 y Capítulo 2, Sección 1, Subsección 4, Artículo 2.2.1.2.1.4.1 del Decreto 1082 de 2015; y el capítulo II numeral 4 de la resolución 03049 de 2014, que en su orden expresan:

"Modalidad de selección de contratista de carácter excepcional que procederá, según lo dispone el numeral 4º del artículo 2º

	de la Ley 1150 de 2007, solamente en los siguientes casos." **CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS** Contratos interadministrativos, literal c) del numeral 4° del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007 y artículo 2.2.1.2.1.4.4, del Decreto 1082 de 2015.
PARTICIPANTE	ESE JOAQUIN EMIRO ESCOBAR **NIT. 900004916-4**
PRESUPUESTO OFICIAL	El valor estimado del presente proceso de contratación es **DOS MILLONES TRECIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($2.380.000,00) M/CTE IVA INCLUIDO**

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA
2026	02-02-02-009-03	DENOR	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	16	1	$2.380.000,00	$2.380.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO							$2.380.000,00

El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF No. 53126** y **SFI No. 329** del **15/05/2026**, expedidos por la Oficina de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5.

FORMA DE PAGO

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 en la ventanilla única de central de cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el Supervisor del contrato, con los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en salud No 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 SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS se enumeran a continuación: Enviar la facturación a REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No 5 ubicada en la Calle 60 No 27 – 82 Barrió Conucos – Bucaramanga.
7. Las facturas cargadas al contrato por prestación de servicios médicos o medicamentos deben ser entregadas <u>EN MEDIO FÍSICO</u> 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 deberán ser enviadas al correo electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co de acuerdo a la instrucción brindada previamente por el Supervisor 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: freddy.martinez6786@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 allegarse el CD con la información de los RIPS, datos que deben estar completos y sin errores (información diligenciada por cada IPS).
- Las entidades al momento de elaborar las factura de venta debe de enviarla al buzón electrónico de siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, los pasos a seguir se encuentran en la circular externa 016 y 020, del Ministerio de Hacienda y Crédito Publico SIIF NACION. Una vez todos los documentos lleguen a central de cuentas se procederá a dar cumplimiento a la guía de gestión contractual en el SECOP II (Colombia Compra Eficiente), con lo establecido en el capítulo VI "seguimiento a la ejecución contractual", literal d) "Aprobación de facturas" descripto de la

siguiente manera:

☐ Aprobación de facturas una vez que los proveedores completan sus entregas y le envían a la Entidad Estatal las facturas correspondientes, la persona designada en la Entidad Estatal (generalmente del área financiera) debe de ingresar al SECOP II, consultar las facturas y aprobarlas o rechazarlas.

☐ La plataforma solicita que los proveedores deben de llevar la factura en físico a la entidad antes de ingresarla al SECOP II de esta manera las unidades en el ámbito nacional, deberán verificar la información para aprobación de las facturas de los contratos.

☐ El Certificado de Parafiscal debe de estar dirigido a Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5, con fecha al día, informando que la entidad se encuentra a paz y salvo, firmado por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal.

☐ Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura electrónica de venta y debe estar pre-impreso.

☐ Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.

☐ Debe indicarse el nombre de la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5

☐ Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del paciente).

☐ Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).

☐ Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.

☐ Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.

Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio
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 del Grupo de redes integrales-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 de Central de Cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B 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 Nº 5 concurrirá en el análisis y cumplimiento de lo aquí consagrado sobre dicho proceso. • Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad. • Servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). • Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen • Teniendo en cuenta que según el numeral 9 del artículo 1.6.1.4.1. del Decreto 1625 de 2016 y el numeral 25 del artículo 1 de la Resolución DIAN No. 000042 de 2020, disponen: *"Notas débito y notas crédito para la factura electrónica de venta: Las notas débito y notas crédito son documentos electrónicos que se derivan de las operaciones de venta de bienes y/o prestación de servicios que han sido previamente facturados, asociadas o no a una factura electrónica de venta, mediante el Código Único de Factura Electrónica - CUFE cuando sea el caso, las cuales se generan por razones de tipo contable y/o fiscal, cumpliendo las condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto señale la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN".* De acuerdo a lo anterior, se debe cumplir a cabalidad tanto contablemente como en materia tributaria debido a que las notas créditos son el soporte legal y fiscal de la NO cancelación o modificación del valor a pagar de la facturación emitida por las entidades teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas por parte de la oficina de Auditoria Médica y las diferentes entidades, así mismo, justifican el cambio o modificación en la base de las retenciones practicada por los diferentes conceptos. NOTA: Toda glosa conciliada y que tenga valores aceptados por IPS que dentro de la documentación no tengan su debida nota crédito y sea detectada por la oficina de Contabilidad, no será tramitada para pago en la oficina de Tesorería hasta que la novedad sea subsanada.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	VER ANEXO No. 3
OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5	VER ANEXO No. 4
PLAZO Y LUGAR 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. Los servicios de salud se prestarán en el municipio de Herrán – Norte de Santander y Corregimientos de los Mismos en el Departamento Norte de Santander, en las instalaciones de la entidad adjudicataria.
FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	La forma de ejecución del contrato procederá por evento. Para la prestación de servicios médicos el CONTRATISTA deberá contar con la autorización escrita de la Oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, ubicada en la ciudad de Cúcuta. Así mismo y para efectos de facilitar la ejecución del contrato, de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, ha aplicado en concordancia con el Decreto 4747 de 2007 compilado en el decreto 780 de 2016 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones, 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

	Prestadora de Salud Norte de Santander, ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación: Correo electrónico: denor.upres-rin@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.refer-nal@policia.gov.co - disan.arasi-aut@policia.gov.co - disan.arasicrf@policia.gov.co , Teléfono: (037) 580 44 00, extensiones 7646, 7426, 7695, 7617, Vía Avantel: 350 413 16 71 y 350 554 61 28, respectivos del Servicio de Urgencias y la Oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Norte de Santander. **VERIFICACION DE DERECHOS** 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; la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander Por medio de los Responsables de Redes Integrales antes de expedir las autorizaciones de servicios electivos con la red externa contratada; verificara 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 2022 del SSMP**. **NOTA 2**: Los servicios requeridos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B NORTE DE SANTANDER que no hayan quedado descritos en la "COTIZACIÓN PRESENTADA POR LA ESE JOAQUIN EMIRO ESCOBAR MUNICIPIO DE HERRAN" 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, y auditoría de cuentas médicas, quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad, y en caso que la cotización del contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como urgentes, los cuales serán sujetos a verificación por auditoría médica, debiendo ser reportados a la oficina de referencia al siguiente correo 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.
FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	La adjudicación del presente objeto contractual, se realizará de forma total, toda vez que se adelantará por la modalidad de contratación directa - interadministrativo. **NOTA: UNA VEZ PRESENTADA LA DOCUMENTACIÓN, ESTA SERÁ SOMETIDA A VERIFICACIÓN POR PARTE DE LOS RESPECTIVOS COMITÉS JURÍDICO, TÉCNICO Y ECONÓMICO, QUIENES EMITIRÁN UN CONCEPTO HABILITANTE O NO HABILITANTE.**

COORDINADOR DEL CONTRATO

El Coordinador del contrato será el **RESPONSABLE COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B 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".

- 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.

2. 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 el Secop II se enviara 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: Dentro de dos (2) días hábiles posterior a la presentación de la oferta por parte de la entidad **ESE JOAQUIN EMIRO ESCOBAR identificada con el Nit. 900004916-4**
PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS AL OFERENTE	Dentro de un día hábil siguiente al requerimiento de los mismos.
REEVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL INFORME DE VERIFICACIÓN	Dentro día hábil siguiente a la fecha de presentación de los Requerimientos.
PUBLICACIÓN DEL ACTA AVAL	Dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de presentación de los Requerimientos
OBSERVACIONES AL ACTA AVAL	Dentro de un día hábil siguiente a la fecha de publicación del informe de verificación-acta aval.
RESPUESTA A OBSERVACIONES	Dentro de 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 dos días hábiles una vez sea expedida la resolución de adjudicación.

3. 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 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 5 en la plataforma Secop II y adjuntarlos a la oferta.

4. ANEXOS, FORMATOS Y FORMULARIOS

ANEXO 1	ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA COMO CUMPLE O NO CUMPLE.
ANEXO 2	OFERTA ECONOMICA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA NO SOBREPASANDO LOS PRECIOS TECHO.
ANEXO 3	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	DE ACUERDO A LAS ESTABLECIDAS EN LA INVITACION.
ANEXO 4	OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5	DE ACUERDO A LAS ESTABLECIDAS EN LA INVITACION.
ANEXO 5	CERTIFICACION DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
ANEXO 6	CERTIFICACION NIVEL DE EDUCACION / NIVEL ACADEMICO	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
ANEXO 7	CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
ANEXO 8	CERTIFICACION HOJA DE VIDA EQUIPOS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA

ANEXO 9	CERTIFICADO DE LA CAPACIDAD TECNICA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
ANEXO 10	OPORTUNIDAD DE LA ATENCION	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
ANEXO 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	ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.	PARA CONOCIMIENTO DEL OFERENTE.
ANEXO No. 13	PROCEDIMIENTOS NO POS (Formatos)	PARA CONOCIMIENTO DEL OFERENTE.
FORMULARIO 1	CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
FORMULARIO 2	FORMATO DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
FORMULARIO 3	COMPROMISO ANTICORRUPCION	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.
FORMULARIO 4	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA.

CAPITULO II
CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

Para la selección del proponente se efectuará una verificación jurídica, económica y técnica, de conformidad con los documentos y criterios establecidos en el presente capítulo.

1. REQUISITOS HABILITANTES

El proponente deberá presentar su oferta en la plataforma Secop II de Colombia Compra Eficiente adjuntando los siguientes documentos:

1.1. 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 consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la entidad y del Representante Legal.
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal ó Revisor Fiscal.

- ✓ La Policía Nacional consultará el Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación del Representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Certificado de antecedentes judiciales del Oferente o su Representante Legal.
- ✓ Certificado del registro nacional de medidas correctivas del Oferente o su Representante Legal.
- ✓ COMPROMISO ANTICORRUPCION. El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **FORMULARIO No. 3** de la presente invitación.
- ✓ ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD. El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **FORMULARIO No. 4** de la presente invitación
- ✓ **CERTIFICADO NACIONAL DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM**. Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no este reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, certificado no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierra del presente proceso de selección, conforma el artículo 6.1 de la ley 2097 de 2021, reglamentada por el decreto 1310 de 2022.

1.2. REQUISITOS TECNICOS

1.2.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Las especificaciones técnicas requeridas serán evaluadas como CUMPLE o NO CUMPLE con las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS, bajo las cuales se deben prestar los servicios de salud.

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR

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

a. Constancia Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en el municipio de Herrán (Norte de Santander). En caso de encontrarse en el período de transición de la resolución No 3100 de 2019 así deberá informarlo en la propuesta.

b. Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado.

c. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente.

1.2.2 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 experiencia en el ejercicio profesional, que está registrado en el RETHUS con idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

1.2.3 EXPERIENCIA DEL PERSONAL

PARA LO ANTERIOR, EL OFERENTE DEBERA DILIGENCIAR EL FORMATO, del presente estudio y RELACIÓN DE TALENTO HUMANO.

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.

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
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 tener curso de radio protección vigente.
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	1	Requisito: Tener título de técnico en Odontología, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener curso de radio protección vigente.

1.2.4 CAPACIDAD OPERATIVA

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

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 FORMATO DEL PRESENTE ESTUDIO PREVIO "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.

1.2.5 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

1.2.5.1 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las instituciones prestadoras de servicios de salud 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".

4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.

5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

6. Resolución 3280 de agosto de 2018, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

7. Resolución 276 de febrero de 2019 por la cual se modifica la resolución 3280 de 2018

8. Resolución 2465 de 2016 por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

9. Resolución 2350 de diciembre de 2020 por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a cincuenta y nueve (59) meses de edad y se dictan otras disposiciones.

10. Resolución 051 de enero 12 de 2023 por la cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y se modifica el número 4.2 del lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud maternoperinatal adoptado mediante la resolución 3280 de 2018

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR FORMATO DEL PRESENTE ESTUDIO PREVIO "CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE..

1.2.5.2 El Oferente deberá diligenciar y presentar el FORMATO HOJA DE VIDA EQUIPOS del presente estudio previo que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos.

1.2.5.3 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN: El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el FORMATO, referente a las OPORTUNIDADES EN LA ATENCION a garantizar a los usuarios.

1.2.5.4 MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 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.

Diligenciar FORMATO del presente estudio previo FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST firmado por el Representante Legal de la entidad oferente.

1.3. REQUISITOS ECONOMICOS:

- ✓ **Oferta Económica.** El Oferente deberá anexar a su propuesta la oferta económica de forma impresa de acuerdo al **ANEXO No. 2** de la presente invitación.
- ✓ **Certificación Bancaria.** El Oferente deberá anexar a su propuesta certificación de la entidad bancaria respectiva con fecha de expedición no superior a dos meses 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. 2** de la presente invitación.
- ✓ Fotocopia **RUT.**
- ✓ **Resolución** de precios para los servicios.

Atentamente;

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

Elaboró:
PUN 08. SOFIA BAUTISTA PEDRAZA
Analista de Contratos RASES No 5

Revisó:
IJ. JOHN EDGARDO PACHON ROJAS
Analista Grupo Contratos RASES No 5

Revisó:
CT. OSCAR MERINO CHAMORRO
Jefe Grupo Contratos RASES No 5

Revisó:
PUN8. WILMER ALEXIS NIÑO GAMBOA
Abogado RASES No 5

Revisado:
MY. LEONARDO VEGA CALA
Jefe Área Logística y Financiera Rases Nº 5

TRANSV. 154 Nº 24-147 LOCAL 10
CR Vista Azul-Urb. El Bosque
Floridablanca - Santander
Teléfono: 6447295 Ext. 7235
desan.rases@gmail.com
www.policia.gov.co

ANEXO No. 1
"ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITABLES"

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta, el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación, debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

PROPONENTE _____

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional **de** las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

b. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas

Para lo anterior se diligencia la información en el siguiente cuadro:

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
01	Diligenciamiento del ANEXO No. 1 "Especificaciones técnicas mínimas habilitables" de verificación y de obligatorio cumplimiento.		
02	El Proponente debe anexar Constancia Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en el municipio de Herrán (Norte de Santander). En caso de encontrarse en el período de transición de la resolución No 3100 de 2019 así deberá informarlo en la propuesta		
03	El Proponente debe anexar Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado.		
04	El Proponente debe anexar MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente que tenga incluido la siguiente información: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios • Líneas telefónicas y correos electrónicos de servicio de Urgencias y referencia • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial) • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas • Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.		
05	El Proponente debe anexar 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 experiencia en el ejercicio profesional, que está registrado en el RETHUS con idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.		
06	El Proponente debe anexar 'CAPACIDAD OPERATIVA, La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones, elementos y recursos necesarios en el municipio de Herrán departamento de Norte de Santander, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del		

<table>
<tr><td></td><td>servicio que se va a contratar. 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 FORMATO DEL PRESENTE ESTUDIO PREVIO "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>07</td><td>El Proponente debe anexar 'COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>08</td><td>El Proponente debe anexar 'OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN: El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el FORMATO, referente a las OPORTUNIDADES EN LA ATENCION a garantizar a los usuarios.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>09</td><td>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.

El Proponente debe anexar FORMATO del presente estudio previo FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST firmado por el Representante Legal de la entidad oferente.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>10</td><td>EXPERIENCIA PERSONAL
<table>
<tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr>
<tr><th>CARGO</th><th>CANT</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr>
<tr><td>BACTERIOLOGO</td><td>1</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>MEDICO GENERAL</td><td>1</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>AUXILIAR DE ENFERMERIA</td><td>1</td><td>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</td></tr>
<tr><td>ODONTOLOGO</td><td>1</td><td>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 tener curso de radio protección vigente.</td></tr>
<tr><td>AUXILIAR DE ODONTOLOGIA</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en Odontología, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener curso de radio protección vigente.</td></tr>
</table></td><td></td><td></td></tr>
</table>

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 HERRAN 2025", serán prestados por la entidad mediando 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 Redes Integrales correo denor.upres-rin@policia.gov.co con los respectivos anexos _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.

Nº	CUPS	SERVICIOS	OFRECE	NO OFRECE
1	230101	Exodoncia de diente permanente unirradicular		
2	230102	Exodoncia de diente permanente multirradicular		
3	230201	Exodoncia de diente temporal unirradicular		
4	230202	Exodoncia de diente temporal multirradicular		
5	232101	Obturación dental con amalgama		
6	232102	Obturación dental con resina de fotocurado		
7	232103	Obturación dental con ionómero de vidrio		
8	232201	Obturacion temporal por diente sod		
9	579401	Inserción de dispositivo urinario (vesical)		
10	579501	Reemplazo de dispositivo urinario (vesical)		
11	697101	Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU)		
12	735301	Asistencia del parto con episiorrafia o perineorrafia		
13	865101	Sutura de herida única en área general (por punto)		
14	865102	Sutura de herida múltiple, en área general (por punto)		
15	869400	Retiro de sutura en piel y/o tejido celular subcutáneo SOD		
16	869500	Curación de lesión en piel o tejido celular subcutáneo		

17	890201	Consulta de primera vez por medicina general		
18	890203	Consulta de primera vez de odontología		
19	890205	Consulta de primera vez por enfermería		
20	890301	Consulta de control o de seguimiento por medicina general		
21	890303	Consulta de control o de seguimiento por odontología general		
22	890305	Consulta de control o de seguimiento por enfermería		
23	890701	Consulta de urgencias por medicina general		
24	890703	Consulta de urgencias por odontología general		
25	892901	Toma no quirúrgica de muestra o tejido vaginal para estudio citológico (CCV)		
26	898014	Estudio anatomopatologico básico en citología cervicovaginal manual		
27	901101	Baciloscopia coloración ácido alcohol-resistente [ZIEHL-NEELSEN]		
28	901107	Coloración gram y lectura para cualquier muestra		
29	901304	Examen directo fresco de cualquier muestra		
30	901305	Examen directo para hongos (KOH)		
31	902204	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - VSG] manual		
32	902207	Hemograma I (hemoglobina hematocrito y leucograma) manual		
33	902211	Hematocrito		
34	902213	Hemoglobina		
35	902221	Recuento de plaquetas manual		
36	903801	Ácido úrico en suero u otros fluidos		
37	903809	Bilirrubinas total y directa		
38	903815	Colesterol de alta densidad (HDL)		
39	903816	Colesterol de baja densidad (LDL) semiautomatizado		

40	903818	Colesterol total		
41	903841	Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina		
42	903842	Glucosa pre y post carga de glucosa		
43	903843	Glucosa pre y post prandial		
44	903844	Glucosa curva de tolerancia		
45	903845	Glucosa, test O'sullivan		
46	903856	Nitrógeno ureico (BUN)		
47	903868	Triglicéridos		
48	903883	Glucosa semiautomatizada [glucometría]		
49	903895	Creatinina en suero u otros fluidos		
50	904508	Gonadotropina coriónica subunidad beta cualitativa prueba de embarazo en orina o suero		
51	904902	Hormona estimulante del tiroides		
52	906915	Prueba no treponémica manual		
53	907002	Coprológico		
54	907106	Uroanálisis		
55	911018	Hemoclasificación sistema ABO directa [hemoclasificación globular] en tubo		
56	939402	Nebulización		
57	950601	Medición de la agudeza visual		
58	965201	Lavado e irrigación de oídos		
59	990203	Educación individual en salud por odontología		
60	990103	Educación grupal en salud, por odontología		
61	990101	Educación grupal en salud, por medicina general		
62	990201	Educación individual en salud, por medicina general		

63	990104	Educación grupal en salud por enfermería		
64	990204	Educación individual en salud, por enfermería		
65	992901	Vitamina K 1 mg		
66	993102	Vacunación contra tuberculosis [BCG]		
67	993104	Vacunación contra Haemophilus influenza tipo B		
68	993106	Vacunación contra neumococo		
69	993120	Vacunación combinada contra tétanos y difteria [TD]		
70	993122	Vacunación combinada contra difteria,tétanos y tos ferina [DPT]		
71	993130	Vacunación combinada contra HIB, DPT, HB (pentavalente)		
72	993501	Vacunación contra poliomielitis (VOP o IVP)		
73	993502	Vacunación contra hepatitis A		
74	993503	Vacunación contra hepatitis B		
75	993504	Vacunación contra fiebre amarilla		
76	993505	Vacunación contra rabia		
77	993506	Vacunación contra sarampión		
78	993509	Vacunación contra varicela		
79	993510	Vacunación contra influenza		
80	993512	Vacunación contra rotavirus		
81	993513	Vacunación contra virus papiloma humano [VPH]		
82	993520	Vacunación combinada contra sarampión y rubeóla [SR] (doble viral)		
83	993522	Vacunación combinada contra sarampión, parotiditis y rubeóla [SRP] (triple viral)		
84	995201	Otras vacunación del programa ampliado de inmunizaciones		
85	997002	Control de placa dental		

86	997106	Topicación de flúor en barniz		
87	997107	Aplicación de sellantes		
88	997301	Detartraje supragingival		
89	19906338-10	Calcio carbonato 600 mg (tableta)		
90	19908845-9	Fólico ácido 1 mg tableta		
91	19915399-4	Oxitocina 10UU.I. solución inyectable		
92	19953018-1	Levonorgestrel 0.03 MG, tabletas		
93	20002868-9	Medroxirogesterona Acetato+ Cipionato De Estradiol 25 MG +5 MG, Suspensión inyectable		
94	20011793-1	Medroxiprogesterona Acetato 150 MG/ML, suspensión inyectable		
95	20046074-2	Levonorgestrel + Estradiol 0.15 MG /0.03 MG, tabletas		
96	20080792-20	Hierro (ferroso) sulfato anhidro 100-300 mg tableta o tableta recubierta		
97	204075-1	Suministro de preservativos		
98	52470-1	Albendazol susp 400mg /15 ml		
99	5DS002	Derechos de sala de curaciones o procedimientos		
100	5DS003	Derechos de sala de pequeña cirugía (suturas)		
101	5DSB01	Derechos de sala de observación en urgencias complejidad baja		
102	601T01	Traslado asistencial básico terrestre primario (Vr. por KM)		
103	90DS02	Derechos de sala de parto complejidad baja		
104	981101	Extracción sin incisión de cuerpo extraño de conducto auditivo externo		
105	982101	Extracción cuerpo extraño superficial de la conjuntiva		
106	890208	Consulta de primera vez por psicología		
107	906039	Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponémica) manual o semiautomatizada o automatizada		
108	890308	Consulta de control o de seguimiento por psicología		

109	997001	Profilaxis dental o pulido coronal		
110	9743	Retiro de suturas de tórax		
111	990206	Educación individual en salud, por psicología		
112	943102	Psicoterapia individual por psicología		
113	245100	Regularización de rebordes		
114	977101	Extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino (DIU)		
115	861203	Extracción de anticonceptivos subdérmicos por incisión		
116	965301	Irrigación o curación de conductos nasales		
117	973800	Retiro de suturas de cabeza y cuello (retiro de puntos) sod		
118	902214	Hemoparásitos, extendido de gota gruesa *		
119	992201	Inyección o infusión de sustancia hormonal		
120	961601	Inserción de dispositivo en uretra		
121	895101	Electrocardiograma de ritmo o de superficie		
122	S31302	Traslado básico área urbana		
123	865203	Sutura de herida única de pliegues de flexión, genitales, manos y pies		
124	865202	Sutura de herida única de cara , sin compromiso de labios y/o parpados		
125	901326	Leishmania examen directo		
126	897012	Monitoria fetal intraparto		
127	860201	Prueba intradérmica de alergia		
128	393307	Sutura de vasos de miembros superiores sod		
129	906249	Virus de inmunodeficiencia humana 1 y 2 anticuerpos		
130	907008	Sangre oculta en materia fecal [guayaco o equivalente]		
131	991101	Inyección de globulina inmune rh		

132	906121	Frotis para determinación de leishmaniasis		
133	991403	Aplicación inmunoglobulina antitetánica		
134	906914	Proteína c reactiva manual o semiautomatizado		
135	906317	Hepatitis b, antígeno de superficie [ag hbs]		
136	865206	Sutura de herida múltiple de pliegues de flexión, genitales, manos y pies		
137	981201	Extracción sin incisión cuerpo extraño intraluminal de la nariz sod		
138	935301	Aplicación o cambio de yeso para inmovilización en miembro superior		
139	936800	Inmovilización o manipulación articular inespecífica		

ESTÁNDARES DE AUDITORIA

CON RESPECTO A LOS REQUISITOS DEL CONTRATO: Para radicar cuentas debe haber cumplido previamente con los siguientes pasos:

1.1. Que esté debidamente firmado por los representantes legales de ambas partes.
1.2. Acta de inicio del contrato debidamente firmado por el representante legal del contratista, el Supervisor y el Contratante.

2.- **ESTÁNDARES DE AUDITORIA MÉDICA**

2.1. Pertinencia

2.1.1. Son los requisitos para la comprobación de la pertinencia médica de los servicios prestados.

2.1.2 Criterios:

Todos los detalles presentados en cada factura de la cuenta hacen parte de la cobertura del POS para la Policía Nacional (Acuerdo 002 de 2001)

-Resolución 5521 de 2013. Modificada por la resolución 5592 de 2015. La puerta de entrada a los diferentes niveles de complejidad definidos por el SGSSS y en particular por el subsistema de salud de las fuerzas militares y de policía, deberá ser exclusivamente por la red de atención propia o en su defecto por el Primer Nivel de Atención Medica (Odontología y Medicina General) según lo establecido por la resolución 5261), igual forma el artículo 11 del decreto 806 ESTABLECE QUE PARA ACCEDER A CUALQUIER NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, SE CONSIDERAN COMO INDISPENSABLE Y DE TRANSITO OBLIGATORIO LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Para tránsito entre niveles de atención de menor a mayor complejidad es requisito indispensable el procedimiento de REMISIÓN POR PARTE DE LA RED PROPIA.

Se exceptúa de lo anterior las urgencias médicas. Parágrafo Único. Sin excepción alguna todas las atenciones médicas especializadas que programen los médicos especialistas no serán inferiores medidos en tiempo para control a TRES MESES, con diferenciación de las citas por controles Post Operatorios el cual no genera ningún tipo de costo, de todas

maneras, el USUARIO una vez consulte al especialista deberá ser regresado al nivel base de ATENCION MEDICA (RED PROPIA O EN SU DEFECTO NIVEL I DE COMPLEJIDAD)

_ Resolución 5261 (MAPIPOS) 1994
_ Acuerdo 267 de 2004
_ Acuerdo 282 de 2004
_ Acuerdo 260 de 2004
_ Ley 100 de 1993
_ Acuerdo 229 de 2002
_ Resolución 3374 de 2000
_ Resolución 3280 de 2018
_ Resolución 3797 de 2004
_ Ley 1122 de 2007
_ Decreto 4747 de 2007
_ Resolución 3047 de 2008
_ Resolución 3099 de 2008, y todas aquellas normas que las modifiquen, adicionen o complementen.

Excepciones: Estos ítems no serán cubiertos sin el cumplimiento de los requisitos Establecidos por la ley:

_ Medicamentos NO POS no autorizados por el comité técnico científico.

_ Servicios que no estén incluidos en el acuerdo 002 de 2001, y no hayan sido autorizados por el comité técnico científico.

_ Servicios por fuera del acuerdo 002 de 2001, no amparados por sentencia de tutela.

_ Servicios por fuera del acuerdo 002 de 2001 para eventos catastróficos.

Servicios POS-S para accidentes de tránsito que no han superado los topes del SOAT y/o FOSYGA.

2.1.2.1. La factura y los registros clínicos y demás soportes deben ser concordantes, y todos y cada uno de los detalles presentados en cada factura de la cuenta deben estar soportados de manera precisa en los registros clínicos de la atención y corresponder al usuario al que se le presta el servicio.

2.1.2.2. El servicio prestado debe corresponder al nivel de complejidad que requiere la Atención de la enfermedad, y el prestador de servicios corresponder al nivel de complejidad de la atención facturada.

2.1.2.3. El proceso y los procedimientos de atención se deben ejecutar con estricta Sujeción a las normas y guías de atención pactadas entre las partes, en caso de no Existir acuerdo, se examinará de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

2.1.2.4. El proceso y procedimientos de atención se debe ejecutar con racionalidad Técnica (si no hay normas y guías de atención pactadas).

2.1.2.5. El proceso y procedimientos de atención se debe ejecutar oportunamente (de acuerdo a los indicadores pactados)

2.1.2.6. El servicio prestado debe corresponder al diagnóstico registrado.

2.1.2.7. La atención inicial de urgencias debe corresponder efectivamente a una urgencia.

2.1.2.8. La especialidad de la consulta debe corresponder al diagnóstico.

2.1.2.9. La prescripción de medicamentos debe ser concordante con el diagnóstico.

2.1.2.10. El diagnóstico de egreso debe corresponder a la causa de atención hospitalaria.

2.1.2.11. El procedimiento diagnóstico y/o terapéutico debe corresponder al diagnóstico.

2.1.2.12. El servicio prestado deberá ser pertinente para la edad y sexo del afiliado.

2.1.2.13. El servicio prestado deberá ser ordenado por un profesional correspondiente (Médico para actos médicos).
2.1.2.14. Los soportes deben ser concordantes entre sí.

2.1.2.15. El cobro de los pagos compartidos se sujetará a lo letrado a continuación "No habrá copagos ni cuotas moderadoras para afiliados y beneficiarios del SSPN Departamento norte de Santander, en ningún caso se debe exigir cuota POR NINGUN MONTO a nuestros usuarios por concepto de la atención medica de cualquier especialidad.

2.1.2.16. Las respuestas de glosa deberán ser respondidas con el número de Radicado de la Policía Nacional Departamento Norte de Santander, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER

2.1.2.17. Las actividades que no se encuentren dentro del POS-S (Acuerdo 002 de 2001) y generen formula medica no serán cubiertos (medicamentos prescritos, ayudas diagnósticas, banco de sangre, o procedimientos) debido a que se generan a partir de una actividad no cubierta por el acuerdo. (Ejemplo: cirugía estética, que solicite pruebas de laboratorio).

2.2. Soportes documentales

2.2.1. Son los documentos anexos a la factura que tienen como fin la demostración efectiva de la prestación de los servicios en salud a nuestros usuarios y beneficiarios los relacionados a continuación:

2.2.2 Toda factura debe estar plenamente justificada

2.2.4 Criterios:

• Factura por atención de URGENCIAS:

_ Factura original con relación discriminada de servicios prestados, procedimientos Realizados, medicamentos, insumos y suministros utilizados.

_ Fotocopia de la historia clínica de urgencias legible, con diagnóstico, y tipo de Causa externa.

_ Las ayudas diagnosticas (laboratorio, Imagenologia, EKG, etc.) deben contar con un reporte o lectura del resultado.

_ Autorización original para los casos que haya lugar.

_ Fotocopia del documento de identificación y del carnet de afiliación vigente.

• Factura por CONSULTA EXTERNA:

_ Factura original con relación de los servicios prestados y que serán cobrados firmada por el usuario o su acudiente.

_ Fotocopia de la nota de atención en historia clínica del día legible con diagnóstico y Especialidad, donde se demuestre que pertenece al afiliado, y con nombre claro del médico y su número de tarjeta profesional y/o cédula.

_ Las ayudas diagnosticas (laboratorio e Imagenologia) deben contar con un reporte o lectura del resultado

_ Autorización original.

_ La orden de servicio debe corresponder al servicio prestado

_ Fotocopia del documento de identificación y del carnet de afiliación vigente.

_ RIPS en medio magnético.

• Factura por HOSPITALIZACIÓN:

_ Factura original con relación discriminada de servicios prestados, procedimientos Realizados, medicamentos y suministros utilizados aportados por el prestador de Servicios.

_ Fotocopia de la historia clínica completa de la hospitalización actual legible.

_ Autorización original.

_ Fotocopia del documento de identificación y del carnet de afiliación vigente.

_ RIPS en medio magnético.

_ Las ayudas diagnosticas (laboratorio e imagenología) deben contar con un reporte lectura del resultado y deben ser firmadas por el usuario.

_ No sè reconocerán estancias no pertinentes por falta de oportunidad quirúrgica.

_ No se reconocerán estancias no pertinentes por falta de oportunidad en la valoración por especialista y/o en la realización de exámenes.

En caso de que la ENTIDAD CONTRATISTA, no cuente con habitaciones de hospitalización disponibles al momento què cualquier usuario lo requiera y una vez se ordene la misma, el CONTRATISTA tendrá un plazo no mayor a doce horas para conseguir la habitación.

• Factura por PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS:

_ Factura original con relación discriminada de procedimientos realizados, Medicamentos y suministros utilizados aportados por el prestador de servicios, y pagos cobrados firmada por el usuario o su acudiente.

_ Fotocopia de la descripción del procedimiento realizado, indicando complicaciones o eventualidades; nombre, sello, especialidad y registro del profesional responsable.

_ Autorización original.

_ Fotocopia del documento de identificación y del carnet de afiliación vigente.

_ RIPS en medio magnético.

• Factura por PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS (EN CASO DE URGENCIAS)

_ Factura original con relación discriminada de procedimientos realizados, Medicamentos y suministros utilizados aportados por el prestador de servicios, y pagos cobrados firmada por el usuario o su acudiente.

_ Fotocopia del resultado, lectura o reporte del procedimiento diagnóstico legible.

_ Las ayudas diagnosticas (laboratorio e imagenología) deben contar con un reporte lectura del resultado.

_ Nota o descripción del procedimiento cuando su complejidad lo requiera.

_ Autorización original.

_ Fotocopia del documento de identificación y del carnet de afiliación vigente.

_ RIPS en medio magnético.

Nota: En caso de requerir atención del mismo servicio con orden de varias sesiones, cada sesión debe estar soportada con la firma del paciente, fecha de realizada cada sesión. (Cada atención debe estar soportada con la nota de atención)

3- CON RESPECTO A LA PRESENTACION DE LAS FACTURAS: Las facturas deben cumplir con los requisitos exigidos por la DIAN (Artículo 617 del estatuto tributario):

3.1- Se debe presentar Factura Individual por Afiliado cuando se trate de un contrato de prestación de servicios médicos hospitalarios

3.1.1. Cada factura debe acompañarse de su respectiva orden de autorización del servicio que se prestó (excepto urgencias que deben ser notificadas en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente, informando al correo electrónico upres.rin@policia.gov.co, para la expedición de la autorización de servicios según decreto 4747 de 2007), adjuntando a esta los respectivos Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS conforme a lo establecido en la Resolución 3374 de 2000.

3.2- La AUTORIZACION DE SERVICIO expedida por LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER debe contener e identificar claramente:

_ Nombres y apellidos del Usuarios y Beneficiarios de la Policía Nacional – la Unidad Prestadora De Salud Norte de Santander

_ Tipo y Número de Identificación del Afiliado.

_ Código y nombre del prestador de servicio.

_ Código del servicio, descripción y precio del mismo cuando aplique.

3.3- LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEBE ESPECIFICAR EL NÚMERO DEL CONTRATO EL CUAL SE COBRA (este punto es muy importante para llevar un control adecuado de la ejecución presupuestal del contrato).

3.4 Toda Factura debe estar Plenamente Sustentada para ello es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

• Demostración cierta del servicio prestado para ello deberá presentar:

_ Resumen de Historia clínica de la atención, tanto en los eventos ambulatorios como de atención intrahospitalaria debidamente diligenciada por el médico; donde se pueda identificar claramente la descripción de los procedimientos,

intervenciones, actividades; Nombre y apellidos del prestador del servicio, su tarjeta profesional ó Número de cédula y código interno cuando se trate de personal en entrenamiento (médicos internos y residentes), respaldado por firma y sello del profesional médico habilitado encargado del servicio donde se genera la actividad(Decreto 1011).

_ Copia del resultado de examen de laboratorio, imagenología y otros procedimientos diagnósticos cuando se trate de tales servicios.

_ En los casos de atención de urgencias, sala de observación, hospitalización y cirugía Cuando se apliquen medicamentos e insumos, se deberá incluir copia del registro de enfermería donde conste la aplicación de los mismos. De igual manera se debe proceder con las actividades relacionadas con banco de sangre, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, consumo de oxígeno.

3.5- cuando se trate de cotizaciones para suministro de medicamentos o insumos el proveedor deberá presentar con su oferta de servicios y tarifas un disquete en Excel sin bloqueos ni claves que las contenga.
3.6 Organización de Cuentas de cobro:

• Las Facturas deben presentarse separadas por bloques de servicio o actividad Prestada (única y exclusivamente para pacientes integrales), es decir, los servicios de Salud (Todas las especialidades) se deben separar de los servicios de Odontología, Alto Costo o Tutelas, ayudas diagnósticas y terapéuticas, así como por el numero o tipo de Contrato e Incluyendo el respectivo medio magnético con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) que soportan cada una de estas Facturas.

• Tanto las Facturas como los RIPS (Medio Magnético) deben presentarse por separado según el contrato y el servicio facturado, es decir, los servicios prestados a usuarios dependiendo las especialidades, ayudas diagnósticas, laboratorios ordenandos por el servicio de urgencias.

• Cuando se presente una cuenta de cobro que Incluya la respectiva relación de facturas adjuntas, todos los soportes físicos deben legajarse en forma organizada y de acuerdo al orden de los números de factura que vienen impresos en dicha relación.

• Las cuentas de Cobro se deben presentar legajadas y marcadas con el número de Contrato y el nombre de la respectiva IPS que va a radicar.

TODOS LOS ESTÁNDARES DE AUDITORIA MÉDICA DISPUESTOS ANTERIORMENTE SON DE CARÁCTER DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL CONTRATISTA.

GLOSAS: EN CASO DE PRESENTARSE OBJECIONES TRANSITORIAS, ESTAS DEBERÁN SER RESPONDIDAS DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN AL CONTRATISTA POR PARTE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, SI EL CONTRATISTA NO CUMPLE CON LA OBLIGACIÓN DE ACLARAR LAS GLOSAS NOTIFICADAS SE ENTENDERÁ QUE ACEPTA LA RECLAMACIÓN Y EN CONSECUENCIA SE CONVIERTE EN GLOSA DEFINITIVA PARA LO CUAL SE EFECTUARAN LOS AJUSTES CORRESPONDIENTES Y SE DARÁ TRÁMITE A LA FACTURA. UNA VEZ SEAN RECIBIDAS LAS RESPUESTAS A LAS OBJECIONES, LA FACTURA SERÁ TRAMITADA EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE EL PRESENTE CONTRATO, TENIENDO EN CUENTA LA LEY 1122 DEL 2007, LEY 3048 DEL 2008, LEY 1438 DE 2011. PARÁGRAFO PRIMERO. EL REGIONAL SE COMPROMETE RADICAR LAS OBJECIONES REALIZADAS A LA FACTURACIÓN EN EL ÁREA DE CARTERA DEL HOSPITAL JOAQUIN EMIRO ESCOBAR MUNICIPIO DE HERRAN (TÉCNICO DE CARTERA), QUIEN CERTIFICARÁ LA DEBIDA RECEPCIÓN CON EL RECIBIDO QUE DEBERÁ CONTENER LA RELACIÓN EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO QUE CUENTE CON LOS SIGUIENTES

PARÁMETROS: FECHA, NÚMERO DE FACTURA, IDENTIFICACIÓN COMPLETA, VALOR FACTURA, VALOR OBJETADO, DESCRIPCIÓN PORMENORIZADA DE LA OBJECIÓN. EN CASO DE OBJECIÓN COMPLETA DEVOLVERÁ LA FACTURA COMPLETA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES. PARAGRAFO SEGUNDO. UNA VEZ

SEAN RECIBIDAS LAS RESPUESTAS A LAS OBJECIONES REALIZADAS POR EL CONTRATANTE, PARA QUE LA FACTURA SEAN TRAMITADA EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE EL PRESENTE CONTRATO. EN EL CASO DE QUE LAS GLOSAS SEAN RESPONDIDAS EN EL PLAZO ESTABLECIDO, LAS ENTIDADES (PONAL Y CONTRATISTA) TENDRÁN UN PLAZO ADICIONAL PARA CONCILIAR DE VEINTE DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA COMUNICACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL CONTRATISTA.

LAS FACTURAS O CUENTAS DE COBROS QUE NO CORRESPONDAN A SERVICIOS PRESTADOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO O SUS ADICIONES SI LAS HUBIERE; SERAN OBJETO DE GLOSA DEFINITIVA Y SU COBRO SERA SOMETIDO A LOS TERMINOS E INSTANCIAS JUDICIALES A QUE HAYA LUGAR. PARAGRAFO: ENTIENDESE POR EJECUCION SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON RECURSOS DISPONIBLES O EN SU DEFECTO CON PLAZO DE EJECUCION PARA TERMINAR EL CONTRATO.

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.

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

ANEXO No. 2

OFERTA ECONÓMICA

MUNICIPIO Y FECHA_____

PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".

TARIFA	OFERTA (MARCAR CON X)
SOAT VIGENTE	

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 TIPO B 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.

TARIFA OFRECIDA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRA-HOSPITALARIOS

TARIFA	OFERTA (MARCAR CON X)
PRECIO DE COMPRA PLM +30%	
OXIGENO MEDICINAL LTXMIN $43	

TARIFA OFRECIDA PARA SERVICIOS MEDICOS urgencias hospitalización consulta externa a especializada ESTANCIA HOSPITALARIA

TARIFA	OFERTA (MARCAR CON X)
TARIFAS SOAT PLENO	

VALOR TRANSPORTE SERVICIO DE TRANSPORTE DE AMBULANCIA

TARIFA	OFERTA (MARCAR CON X)
RESOLUCION No. 083 (30 de diciembre del 2025) **$15.300 KM**	

Nº	CUPS	SERVICIOS	PRECIO TECHO IVA INCLUIDO
1	230101	Exodoncia de diente permanente unirradicular	$ 34.800,00
2	230102	Exodoncia de diente permanente multirradicular	$ 42.500,00
3	230201	Exodoncia de diente temporal unirradicular	$ 19.600,00
4	230202	Exodoncia de diente temporal multirradicular	$ 19.600,00
5	232101	Obturación dental con amalgama	$ 38.400,00
6	232102	Obturación dental con resina de fotocurado	$ 66.100,00
7	232103	Obturación dental con ionómero de vidrio	$ 48.800,00
8	232201	Obturacion temporal por diente sod	$ 36.500,00
9	579401	Inserción de dispositivo urinario (vesical)	$ 47.500,00
10	579501	Reemplazo de dispositivo urinario (vesical)	$ 47.500,00
11	697101	Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU)	$ 87.400,00
12	735301	Asistencia del parto con episiorrafia o perineorrafia	2.767.900,00

13	865101	Sutura de herida única en área general (por cada punto)	$ 25.600,00
14	865102	Sutura de herida múltiple, en área general (por cada punto)	$ 25.600,00
15	869400	Retiro de sutura en piel y/o tejido celular subcutáneo SOD	$ 19.600,00
16	869500	Curación de lesión en piel o tejido celular subcutáneo	$ 19.600,00
17	890201	Consulta de primera vez por medicina general	$ 54.600,00
18	890203	Consulta de primera vez de odontología	$ 37.400,00
19	890205	Consulta de primera vez por enfermería	$ 35.500,00
20	890301	Consulta de control o de seguimiento por medicina general	$ 54.600,00
21	890303	Consulta de control o de seguimiento por odontología general	$ 44.800,00
22	890305	Consulta de control o de seguimiento por enfermería	$ 17.000,00
23	890701	Consulta de urgencias	$ 90.100,00
24	890703	Consulta de urgencias por odontología general	$ 40.700,00
25	892901	Toma no quirúrgica de muestra o tejido vaginal para estudio citológico (CCV)	$ 43.800,00
26	898014	Estudio de coloración básica en citología vaginal, tumoral y/o funcional	$ 43.800,00
27	901101	Baciloscopia coloración ácido alcohol-resistente [ZIEHL-NEELSEN]	$ 24.200,00
28	901107	Coloración gram y lectura para cualquier muestra	$ 19.600,00
29	901304	Examen directo fresco de cualquier muestra	$ 81.100,00
30	901305	Examen directo para hongos (KOH)	$ 21.900,00
31	902204	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - VSG] manual	$ 8.700,00
32	902207	Hemograma I (hemoglobina hematocrito y leucograma) manual	$ 37.900,00
33	902211	Hematocrito	$ 6.900,00
34	902213	Hemoglobina	$ 14.200,00
35	902221	Recuento de plaquetas manual	$ 15.500,00
36	903801	Ácido úrico en suero u otros fluidos	$ 25.600,00
37	903809	Bilirrubinas total y directa	$ 20.600,00
38	903815	Colesterol de alta densidad (HDL)	$ 38.400,00
39	903816	Colesterol de baja densidad (LDL) enzimático	$ 45.200,00
40	903818	Colesterol total	$ 46.600,00
41	903841	Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina	$ 22.900,00
42	903842	Glucosa pre y post carga de glucosa	$ 57.800,00
43	903843	Glucosa pre y post prandial	$ 57.800,00
44	903844	Glucosa curva de tolerancia	$ 105.100,00
45	903845	Glucosa, test O'sullivan	$ 57.800,00
46	903856	Nitrógeno ureico (BUN)	$ 18.300,00
47	903868	Triglicéridos	$ 25.600,00
48	903883	Glucosa semiautomatizada [glucometría]	$ 22.900,00
49	903895	Creatinina en suero u otros fluidos	$ 35.100,00

50	904508	Gonadotropina coriónica subunidad beta cualitativa prueba de embarazo en orina o suero	$ 73.900,00
51	904902	Hormona estimulante del tiroides	$ 120.300,00
52	906915	Prueba no treponémica manual	$ 24.200,00
53	907002	Coprológico	$ 15.000,00
54	907106	Uroanálisis	$ 24.200,00
55	911018	Hemoclasificación sistema ABO directa [hemoclasificación globular] en tubo	$ 53.600,00
56	939402	Nebulización	$ 22.900,00
57	950601	Medición de la agudeza visual	$ 30.300,00
58	965201	Lavado e irrigación de oídos	$ 38.400,00
59	990203	Educación grupal en salud, por medicina general	$ 25.600,00
60	990103	Educación grupal en salud, por odontología	$ 25.600,00
61	990101	Educación grupal en salud, por enfermería	$ 25.600,00
62	990201	Educación individual en salud, por medicina general	$ 25.600,00
63	990104	Educación individual en salud, por odontología	$ 25.600,00
64	990204	Educación individual en salud, por enfermería	$ 25.600,00
65	992901	Vitamina K 1 mg	PLM + 30%
66	993102	Vacunación contra tuberculosis [BCG]	$ 8.200,00
67	993104	Vacunación contra Haemophilus influenza tipo B	$ 8.200,00
68	993106	Vacunación contra neumococo	$ 8.200,00
69	993120	Vacunación combinada contra tétanos y difteria [TD]	$ 8.200,00
70	993122	Vacunación combinada contra difteria,tétanos y tos ferina [DPT]	$ 8.200,00
71	993130	Vacunación combinada contra HIB, DPT, HB (pentavalente)	$ 8.200,00
72	993501	Vacunación contra poliomielitis (VOP o IVP)	$ 8.200,00
73	993502	Vacunación contra hepatitis A	$ 8.200,00
74	993503	Vacunación contra hepatitis B	$ 8.200,00
75	993504	Vacunación contra fiebre amarilla	$ 8.200,00
76	993505	Vacunación contra rabia	$ 8.200,00
77	993506	Vacunación contra sarampión	$ 8.200,00
78	993509	Vacunación contra varicela	$ 8.200,00
79	993510	Vacunación contra influenza	$ 8.200,00
80	993512	Vacunación contra rotavirus	$ 8.200,00
81	993513	Vacunación contra virus papiloma humano [VPH]	$ 8.200,00
82	993520	Vacunación combinada contra sarampión y rubeóla [SR] (doble viral)	$ 8.200,00
83	993522	Vacunación combinada contra sarampión, parotiditis y rubeóla [SRP] (triple viral)	$ 8.200,00
84	995201	Otras vacunación del programa ampliado de inmunizaciones	$ 8.200,00
85	997002	Control de placa dental	$ 25.600,00
86	997106	Topicación de flúor en barniz	$ 37.400,00
87	997107	Aplicación de sellantes de fotocurado	$ 32.900,00

88	997301	Detartraje supragingival	$ 152.000,00
89	19906338-10	Calcio carbonato 600 mg (tableta)	PLM + 30%
90	19908845-9	Fólico ácido 1 mg tableta	PLM + 30%
91	19915399-4	Oxitocina 10UU.I. solución inyectable	PLM + 30%
92	19953018-1	Levonorgestrel 0.03 MG, tabletas	PLM + 30%
93	20002868-9	Medroxirogesterona Acetato+ Cipionato De Estradiol 25 MG +5 MG, Suspensión inyectable	PLM + 30%
94	20011793-1	Medroxiprogesterona Acetato 150 MG/ML, suspensión inyectable	PLM + 30%
95	20046074-2	Levonorgestrel + Estradiol 0.15 MG /0.03 MG, tabletas	PLM + 30%
96	20080792-20	Hierro (ferroso) sulfato anhidro 100-300 mg tableta o tableta recubierta	PLM + 30%
97	204075-1	Suministro de preservativos	PLM + 30%
98	52470-1	Albendazol susp 400mg /15 ml	PLM + 30%
99	5DS002	Derechos de sala de curaciones o procedimientos	$ 32.500,00
100	5DS003	Derechos de sala de pequeña cirugía (suturas)	$ 75.000,00
101	5DSB01	Derechos de sala de observación en urgencias complejidad baja	$ 103.100,00
102	601T01	Traslado asistencial básico terrestre primario (Vr. por KM)	$ 15.300,00
103	90DS02	Derechos de sala de parto complejidad baja	$774.000,00
104	90DS02	Extracción sin incisión de cuerpo extraño de conducto auditivo externo	$ 774.000,00
105	981101	Extracción cuerpo extraño superficial de la conjuntiva	$ 92.600,00
106	982101	Consulta de primera vez por psicología	$ 99.300,00
107	890208	Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponémica) manual o semiautomatizada o automatizada	$ 37.400,00
108	906039	Consulta de control o de seguimiento por psicología	$ 24.200,00
109	890308	Profilaxis dental o pulido coronal	$ 37.400,00
110	997001	Retiro de suturas de tórax	$ 32.500,00
111	9743	Educación individual en salud, por psicología	$ 21.400,00
112	990206	Psicoterapia individual por psicología	$ 25.600,00
113	943102	Regularización de rebordes	$ 33.800,00
114	245100	Extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino (DIU)	$ 202.400,00
115	977101	Extracción de anticonceptivos subdérmicos por incisión	$ 87.400,00
116	861203	Irrigación o curación de conductos nasales	$ 47.900,00
117	965301	Retiro de suturas de cabeza y cuello (retiro de puntos) sod	$ 38.400,00
118	973800	Hemoparásitos, extendido de gota gruesa *	$ 21.400,00
119	902214	Inyección o infusión de sustancia hormonal	$ 19.600,00
120	992201	Inserción de dispositivo en uretra	$ 5.300,00
121	961601	Electrocardiograma de ritmo o de superficie	$ 87.400,00
122	895101	Traslado básico área urbana	$ 75.000,00
123	S31302	Sutura de herida única de pliegues de flexión, genitales, manos y pies	$ 22.100,00
124	865203	Sutura de herida única de cara , sin compromiso de labios y/o parpados	$ 25.600,00
125	865202	Leishmania examen directo	$ 25.600,00

126	901326	Monitoria fetal intraparto	$ 25.600,00
127	897012	Prueba intradérmica de alergia	$ 193.500,00
128	860201	Sutura de vasos de miembros superiores sod	$ 5.300,00
129	393307	Virus de inmunodeficiencia humana 1 y 2 anticuerpos	$ 25.600,00
130	906249	Sangre oculta en materia fecal [guayaco o equivalente]	$ 143.100,00
131	907008	Inyección de globulina inmune rh	$ 11.400,00
132	991101	Frotis para determinación de leishmaniasis	$ 8.200,00
133	906121	Aplicación inmunoglobulina antitetánica	$ 25.600,00
134	991403	Proteína c reactiva manual o semiautomatizado	$ 8.200,00
135	906914	Hepatitis b, antígeno de superficie [ag hbs]	$ 22.900,00
136	906317	Sutura de herida múltiple de pliegues de flexión, genitales, manos y pies	$ 164.900,00
137	865206	Extracción sin incisión cuerpo extraño intraluminal de la nariz sod	$ 25.600,00
138	981201	Aplicación o cambio de yeso para inmovilización en miembro superior	$ 92.600,00
139	936800	Inmovilización o manipulación articular inespecífica	$85.900,00

Los CUPS ofertados se encuentran en archivo Excel, de nombre "COTIZACIÓN PRESENTADA POR EL ESE HERRAN" formato Excel.

NOTA1: las actividades que no estén contempladas en el manual soat y que la entidad contratista cobre a tarifa institucional 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.

NOTA 2: Para los valores ofertados por 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".

Nota 3: En caso de no existir medicamento genérico en el mercado, se reconocerá según el medicamento comercial más económico que se encuentre en el PLM menos el 30% de descuento ó en su defecto se tendrán en cuenta las tarifas SISMED ó como última opción, si no existe en las anteriores, se tendrá en cuenta factura de compra que se evaluará según valor promedio comercial en el mercado.

Nota 4: para los valores de tarifa propia se puede solicitar aclaración por tratarse de interadministrativo.

El proponente:
NOMBRE DE LA ENTIDAD _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD (NIT) _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ENTIDAD _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD _____

ANEXO No. 3
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual prestación de servicios de consulta médica, odontológica, atención de urgencias, procedimientos, ayudas diagnosticas (nivel I), observación 6 horas, suministro de medicamentos y transporte de pacientes en vehículo tipo ambulancia TAB de baja complejidad (nivel I) en el municipio de Herrán y corregimientos de los mismo; para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía nacional en el departamento norte de Santander. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.

2. Brindar atención con calidad humana y excelencia, en la prestación de servicios objeto del contrato y otros procedimientos ofertados en el portafolio a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL de acuerdo con los parámetros y condiciones exigidas en el contrato, el servicio prestado por la entidad oferente se acogerá a los principios de Calidad estipulados en el Decreto 1011 de 2006 como son la Oportunidad, Pertinencia, Seguridad, Continuidad y Accesibilidad.

3. Hacer los cambios y/o modificaciones que se requieran dentro de un término o plazo establecido, presentar la respectiva documentación de habilitación y funcionamiento del mismo, respetando los parámetros y condiciones exigidos por la institución garantizado el servicio ha dicho usuario de acuerdo a lo solicitado.

4. Realizar los servicios y procedimientos relacionados en el acuerdo 002 de fecha 27 de abril de 2001 del SSMP según el nivel de atención y serán facturados de acuerdo con la tarifa o precios pactados.

5. Aplicar y dar cumplimiento a la resolución 1043 de 2006, "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones", el Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" referente al Capítulo 2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS Artículo 2.5.1.2.1 Características del SOGCS y Artículo 2.5.1.2.2 Componentes del SOGCS

6. Dar cumplimiento y alcance a la Resolución 3280 de agosto 2 de 2018, "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno perinatal y se establecen directrices para su operación" resolución N° 2465 de 2016 por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones, resolución N° 2350 de diciembre de 2020 por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a cincuenta y nueve (59) meses de edad y se dictan otras disposiciones.

7. Cumplir con todas las especificaciones técnicas requeridas que serán obligaciones entre las partes.

8. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.

9. Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.

10. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

11. Prestar los servicios y procedimientos con personal que posea formación universitaria básica, especializado y/o subespecialidad a los pacientes mediante la aplicación de conocimientos y experiencia soportado con la tecnología disponible.

12. El prestador no podrá exceder las tarifas máximas establecidas por manuales, circulares o resoluciones establecidas por el ministerio de salud gobierno nacional.

13. Prestar el servicio y procedimiento siempre y cuando el usuario presente la orden autorización; firma del paciente y anexar en una hoja completa y de manera clara y legible, el documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Tarjeta de Identidad o Registro Civil) y que la fecha de autorización no exceda los Diez (10) días calendario, en caso de que se presente usuarios con contraseña de Cédula y/o denuncia de documentos perdidos

14. En caso de requerirse por parte del usuario un nivel superior de atención, el oferente debe disponer de los medios para remitir al nivel necesario que asegure su salud y su vida, cumpliendo con la normatividad que sobre Redes Integrales a existente, la responsabilidad del remitente sobre el paciente se contempla hasta que sea recibido por la entidad receptora; para ello el contratista debe conocer la Red de Prestadores del Contratante. Para remisión a un nivel superior de atención, el paciente debe ser valorado de manera integral en la institución oferente con criterio racional y científico.

15. Prestar con oportunidad todos los servicios ofertados.

16. El contratista debe conocer a profundidad la normatividad que rige la Prestación de servicios del Subsistema de la Unidad Prestadora de Salud Policial, principalmente en lo que se refiere al Plan de Beneficios y hará todas las atenciones dentro de dichas normas.

17. Cumplir con los planes de mejoramiento que se propongan con ocasión de las diferentes auditorias para garantizar la mejora continua del servicio para los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Policial.

18. Contar con un Sistema de Información Estadístico, para el manejo de datos el cual debe incluir entre otros los siguientes parámetros: datos generales del paciente, tipo de patología remitida, procedimiento(s) efectuado(s), valor facturado.

19. Permitir al Grupo de Garantía de la Calidad y Atención al Usuario del Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, las auditorias necesarias para el mejoramiento del servicio al igual que la Auditoria concurrente que definirá la pertinencia de la atención.

20. Toda la facturación generada por el CONTRATISTA con ocasión de la prestación de los servicios se hará dentro de los términos que estipule el presente contrato y será sometida a revisión por parte de la Oficina de Auditoría de Cuentas.

21. Si el contratista no cumple con la Obligación de aclarar las objeciones se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se tramitará la factura correspondiente.

22. El tratamiento de las complicaciones presentadas inherentes al procedimiento realizado deberá ser asumido por la entidad de salud oferente.

23. Solicitar por escrito cualquier cambio a las condiciones establecidas en el contrato durante el tiempo de ejecución de este.

24. Informar por escrito de manera inmediata al Supervisor del contrato, a la Oficina de Contratos y a la oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, cuando se haya ejecutado como mínimo el **setenta por ciento (70%)** del valor total del presente contrato. En ningún caso el contratista se abstendrá de atender a los usuarios sin informar previamente a la institución la ejecución del **70% del contrato**.

25. Informar al supervisor del contrato y a la oficina de Redes Integrales de UPRES DENOR, el saldo del contrato el último día hábil de cada mes.

26. El CONTRATANTE no se hará responsable de las sumas que excedan el valor total establecido en el presente contrato o no estén estipuladas dentro del objeto de este.

27. Para la radicación de la cuenta se debe presentar esta con los siguientes soportes: Factura (según registro de la DIAN) original y dos copias legibles y en una hoja completa, los soportes de las facturas deben ser establecidos de conformidad con la resolución 3047 de 2008, con omisión de copias de resultados de laboratorios o imágenes diagnósticas, copia de soportes de Historia Clínica de Hospitalización, copia de epicrisis en caso de Hospitalización o urgencias y la autorización del mismo por parte del CONTRATANTE.

28. Para la atención de usuarios de la Policía Nacional de otra Unidad prestadora de Salud o Regional de Aseguramiento anexar dos (02) copias de todos los soportes mencionados para realizar los correspondientes recobros a cada unidad.

29. Informar de manera inmediata al Supervisor del contrato y a la Oficina de Contratos Norte de Santander cuando se haya algún cambio de cuenta bancaria, gerencia de la E.S.E. o cualquier tipo de información que sea necesaria para el contrato de prestación de servicios de salud.

30. En el caso de un posible evento adverso y/o complicación esta calificación deberá ser evaluada, definida y sustentada por el comité técnico científico del CONTRATISTA el cual notificará a la oficina de auditoría medica del CONTRATANTE el resultado de la evaluación a fin de establecer su clasificación. Es de anotar que hasta tanto no se califique el mismo no se podrá dar la connotación de evento adverso y/o complicación, por lo cual su costo estará expuesto al trámite de conciliación por parte de los profesionales de auditoría de las partes. Este tipo de situaciones deben ser manejada bajo un alto grado de confidencialidad es decir no debe ser de manejo público.

31. La prescripción de medicamentos por urgencias, solo se hará para atender la misma.

32. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.

33. Una vez agotado el contrato, el contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente o en su defecto que los servicios sean autorizados previo acuerdo de voluntades entre las partes (Acta).

34. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones no serán pagados por el contratante.

35. El personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias, debe basarse en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001) y el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSPN (Acuerdo 042 y 046 CSSMP y demás normas que lo complementen o modifiquen) que se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co.

36. Deben contar con la habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su EPS a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos.

37. El CONTRATISTA 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.

38. El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en 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 atención en salud derivados del evento adverso.

39. Cumplir con la siguiente **NOTA:** La vigilancia epidemiológica y los eventos de interés en salud pública. Los eventos de interés en salud pública deben ser cubiertos por el plan de beneficios de la Policía Nacional teniendo en cuenta las siguientes normas: "Decreto 3518 de 2006, art. 11, "las EPS y/o Administradoras de planes de beneficios deben garantizarla realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso". Y el Decreto 2323 de 2006, en el art, 23 en su numeral N° 3 "Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud serán financiados con cargo a los recursos del plan obligatorio en salud contributivo y subsidiado, así como, se incluyen en éstas la Lepra, TBC, Sífilis, Cólera, Meningitis Bacteriana, Fiebre Tifoidea, Leishmania, Dengue, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Fiebre Amarilla, Rabia Humana, Cisticercosis, Enfermedad de Chagas, y otras ".Teniendo en cuenta lo anterior, las ESE(s) e IPS contratadas serán responsables de gestionar las diferentes actividades que corresponden a los eventos de interés, así como reportar oportunamente al sistema de información de la información de la Policía Nacional (vigilancia epidemiológica) y además, la remisión oportuna de los pacientes a través del sistema de referencia y teniendo en cuenta los niveles de atención y su estado clínico en cada uno de las áreas correspondientes. Indicadores de calidad según resolución 1446 del 2006, según lo contratado. Circular externa 056 octubre de 2000 esta trimestral Esta Información se requiere en medio magnético los primeros 5 días de cada mes, de igual forma se solicita su valiosa colaboración en el reporte de los, al correo; denor.upres-gca@policia.gov.co.

40. 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.

41. 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 adopte las medidas necesarias.

42. 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.

43. Responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o que utilice para la ejecución del presente contrato.

44. Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad, estar habilitado y las demás condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial y acceder a las auditorias que se requieran por la entidad contratante.

45. Las cuentas deben presentarse en forma física, listado anexo en medio magnético con: Fecha de realización del examen; Nombres, Apellidos y Número del Documento de Identidad completos del usuario. Nombre y apellidos del profesional que realizó la consulta y o procedimiento y los ítems institucionales y/o de acuerdo con las solicitudes del módulo de seguimiento contractual.

46. El contratista estará en la obligación de aplicar un instrumento para medir la calidad y oportunidad en la atención de los usuarios, remitiendo copia de los resultados al supervisor del contrato.

47. La entidad deberá identificar plenamente a los usuarios y beneficiarios del SSPN, antes de realizar la consulta y cualquier examen diagnóstico, para lo cual deberá constatar que el documento de identidad corresponda al del paciente que recibirá el servicio.

48. Garantizar la capacidad operacional ofertada para el desarrollo de los servicios médicos contratados.

49. Sostener y facturar de acuerdo con las tarifas pactadas en el contrato hasta el tiempo de ejecución establecido o adición que se presente.

50. Suspender el servicio cuando el valor facturado haya llegado al 100% de ejecución del monto total del contrato.

51. En el caso de presentarse suplantaciones o novedades con los usuarios, el Contratista deberá informar de manera inmediata a la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander.

52. Rendir informe estadístico cada vez que presente cuentas, consolidado en un archivo plano totalmente diligenciado, el cual debe estar en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: número consecutivo, nombres y apellidos, número de identificación, fecha de la presentación del servicio, código, diagnostico (cie-10), procedimiento, código CUPS del procedimiento, fecha, número y valor de la factura entre otros. Así mismo debe anexar con cada factura archivo rips en medio magnético del número de procedimientos realizados y de su costo.

53. Prestar en forma continua y permanente los servicios requeridos a los usuarios y beneficiarios de la Policial Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que lo ameriten y certifiquen mediante autorización.

54. El contratista deberá tener estructurado el Sistema de Referencia y Contrareferencia y Sistema de Atención al Usuario y darlo a conocer una vez inicie el contrato.

55. El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

56. Garantizar la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados para la atención del usuario Según lineamientos del DECRETO NÚMERO 4725 DE 2005 (diciembre 26) por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.

57. El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de la oficina Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander.

58. Prestar los servicios durante el tiempo de duración del contrato y de acuerdo con la oferta presentada, la cual forma parte integral del mismo.

59. Brindar la atención médica especializada correspondiente a la prestación de los servicios objeto del contrato, ofertados en el portafolio con profesional graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos y experiencias con la tecnología disponible.

60. La Calidad del servicio tendrá como sustento los atributos de oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógica científica, satisfacción del usuario y beneficiario, efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad.

61. La orden de servicio debe ser diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado y por último la firma y el sello del profesional.

62. La formulación de medicamentos se debe realizar con letra legible, clara, especificando los miligramos, presentación, cantidad y debe ser formulado en la molécula internacional sin emplear nombres comerciales y que estén dentro del vademécum institucional. Si el paciente requiere formulación de medicamentos que no estén en el vademécum, debe diligenciar el formato para la correspondiente autorización de comité técnico científico y comité farmacovigilancia.

63. Por ningún motivo se abstendrá de atender y no devolverá al usuario en comento, sin informar previamente a la institución el imprevisto presentado, esto con el fin de evitar molestias al mismo.

64. Permitir el acceso a la Historia Clínica, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención del paciente y facilitar de ser necesarios, la verificación y revisión de los servicios prestados, eventualmente el acceso al paciente para evaluar la calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución N° 1995 del año de 1999 del Ministerio de Salud.

65. Aceptar y facilitar las visitas del auditor medico designado por la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander y permitir la revisión de la historia clínica y documentos conexos con las facturas, así como los que soportan los distintos cargos.

66. El contratista tendrá que prestar los servicios y mantener una disponibilidad durante el horario presentado en la oferta de servicios, durante todo el periodo de ejecución del contrato y en ningún caso y en ninguna circunstancia el contratista podrá abstenerse de recibir al usuario, argumentando no tener disponibilidad del servicio requerido.

67. Debe suministrar a la Institución reporte estadístico de costos y reporte epidemiológico mensual sobre las atenciones y procedimiento dados al paciente las desviaciones del SIVIGILA y demás de monitoreo del ente territorial.

68. 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.

69. En los casos de prestación de los servicios de urgencia, solo se reconocerán las patologías que de acuerdo a los conocimientos técnico-científicos ameriten la atención por dicho servicio, todas aquellas patologías de consulta externa que sean atendidas en la urgencia no serán reconocidas para el pago, por tanto, deberán ser direccionados hacia los servicios de sanidad de la Policía Nacional donde se le resolverá su problema de salud.

70. El servicio programado se prestará a los pacientes previa orden de servicio médica en original firmada por el médico tratante y documento de autorización por el medico autorizador de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, la cual debe especificar el procedimiento a realizar de acuerdo con el objeto del contrato y su diagnóstico.

71. Los servicios a contratar solo serán los establecidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, contemplados en el Acuerdo No 002 / de abril de 2001 y el suministro de medicamentos y medios de contraste, se regirá por el Manual de medicamentos señalado en el Acuerdo No. 042 de diciembre de 2006, emanados del Consejo Superior de Salud de las fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP). Además, los profesionales de la entidad deberán conocer el plan de beneficios de sanidad de la Policía Nacional (acuerdo 002 de abril 27 de 2001) y abstenerse de enviar solicitudes que no se encuentran incluidas en este, con la salvedad, que en los casos de carácter ambulatorio donde se requiera la realización de un procedimiento que se constituya como indispensable para determinar la conducta médica a seguir o dar tratamiento definitivo al usuario.

72. Debe diligenciarse por parte del especialista tratante el correspondiente formato institucional de la Unidad Prestadora en Salud Norte de Santander, para la autorización de procedimientos no pos, ante el comité técnico científico que se

realiza en la ciudad de Cúcuta. en los casos de urgencia vital de igual forma se diligencia dicho formato para el etc., sin dejar de prestar el servicio al usuario y anexando este documento como soporte para la posterior facturación.

73. Los casos de urgencia vital o atención inicial de urgencias, serán atendidos conforme a las normas expedidas por el Ministerio de Salud en concordancia con las disposiciones definidas en las Circulares y Resoluciones, expedidas por la Superintendencia de Salud.

74. La Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, se reserva el derecho de hacer uso de servicios diferentes a los relacionados en el objeto de la contratación exclusivamente en casos ordenados por autoridad judicial y cuando la condición del usuario lo requiera, por tratarse de una urgencia vital.

75. Los procedimientos que se encuentren fuera del acuerdo 002 o requieran de cotización serán previamente solicitados a la Red de Integrales UPRES DENOR para su autorización.

76. No se reconocerán traslados de ambulancia para la realización de procedimientos o ayudas diagnosticas ofertadas en este proceso.

77. No se reconocerá el pago de ayudas diagnosticas que no sean tenidas en cuenta por los especialistas tratantes para definición de toma de conducta.

78. Para las evoluciones médicas no se aceptarán aperturas de folios para interpretación de laboratorios o cualquier acto médico evolucionado que no corresponda a la estancia o posteriores a su egreso.

79. Los conceptos de infectología deben ser claros en la justificación de escalamiento de antibióticos utilizados en los usuarios hospitalizados.

80. No se reconocerán materiales de curación por complicación, las curaciones se reconocerán de acuerdo al manual tarifario contratado teniendo en cuenta la complejidad de la herida.

81. Para los procedimientos facturados por conjunto se incluirá en el valor la estancia correspondiente en el momento de la hospitalización.

82. Las autorizaciones deben ser solicitadas acorde y oportunamente a la prestación del servicio en todos los servicios contratados.

83. Solo se aceptará la facturación de medicamentos genéricos establecidos por moléculas manuales.

84. El contratista realizara la consulta al ADRES, los usuarios cotizantes a otra entidad serán atendidos por la EPS a la cual realicen los aportes.

85. En caso de atenciones prestadas a usuarios beneficiarios cotizantes en otro régimen estas serán facturadas a cargo de la EPS según corresponda, la Policía Nacional no responderá por dichas atenciones.

86. Solo se reconocerán los servicios prestados a los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Los derechos serán verificados de acuerdo con la constancia de afiliación a los servicios de salud emitida por afiliaciones de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander y para los casos donde solo se presente la carne se verificará que este indique los servicios de sanidad y se verificara adress.

87. De igual forma si solicita ayudas diagnósticas, exámenes de laboratorio en caso de urgencias, también debe anexar por escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud.

88. Los soportes presentados para el cobro de los servicios deben tener membrete de la institución o especialista contratado por la entidad, firma y sello de profesional que atiende. No se tramitarán para pagos los que se anexarán en documento en blanco (hojas sin membrete) o incompletas.

89. Informar de forma periódica la oficina de garantía y calidad de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander en forma oportuna los indicadores de calidad indicadores de calidad y alerta temprana para su respectivo análisis y fines pertinentes del área, y las estadísticas o datos que se requieran de forma escrita con anterioridad y coordinación con el área de garantía y calidad de la institución contratista. Según circular 059 indicadores de alerta temprana y RESOLUCIÓN 000256 de 2016 "*Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*" referente a los indicadores de calidad de: efectividad, seguridad y experiencia en la atención. Esta Información se requiere en medio magnético los primeros 5 días de cada mes, de igual forma se solicita su valiosa colaboración en el reporte de los, al correo; denor.upres-gca@policia.gov.co Debe suministrar a la Institución reporte estadístico de costos, reporte epidemiológico relacionados con estadísticas vitales y con eventos en salud pública, y demás información que sean solicitados por los entes territoriales y Dirección de Sanidad según normatividad vigente; con periodicidad mensual en los tres (3) días del mes siguiente sobre las atenciones y procedimiento dados al paciente y corregir las desviaciones del SIVIGILA y demás monitoreo del ente territorial.

90. Informar al contratante de la totalidad de las atenciones en salud prestadas en los diferentes servicios y para el caso de urgencias se debe solicitar la respectiva autorización como en todos los servicios.

91. 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

92. El servicio de hospitalización y traslado de pacientes serán autorizados por la oficina de redes integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander.

93. No se facturarán procedimientos por conjunto sin previa autorización de oficina de redes integrales UPRES DENOR, las apendicetomías se facturarán por evento y convencionales. No se realizarán procedimientos por laparoscopia excepto las colecistectomías y los procedimientos de hemodinámica o cardiología según aplique la eventualidad cuando no se rompa el paquete o sea procedimiento programado.

94. El contratista se compromete a brindar una atención segura haciendo uso de los lineamientos de los *paquetes instruccionales.* (Guía técnica "*buenas prácticas para la seguridad del paciente en* la atención *en salud).*

95. La institución oferente se compromete a que exista disponibilidad permanente de camas para adulto y pediátricas en hospitalización general, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y para los casos de contingencia, deberá presentar los contratos para el servicio de hospitalización general en, por lo menos, otra institución alterna de la ciudad.

96. El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en 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 atención en salud derivados del evento adverso. Dicho reporte se debe consignar en el formato REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS, que se adjunta a la minuta contractual.

97. Todos los servicios integrales objeto del presente contrato y descritos en el anexo técnico y la oferta, deberán ser autorizados por la oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, utilizando el medio que sea más útil y que se acoja a los principios de oportunidad, calidad, accesibilidad entre otros; este puede ser manual, convencional o tecnológico por medio de aplicativos diseñados por la Dirección de Sanidad, para lo cual el CONTRATISTA

debe de comprometerse a adoptarlos de manera inmediata, poniendo a disposición el personal, infraestructura y disponibilidad necesaria para colocaros al servicio de los usuarios y beneficiarios del SSPN; las fallas administrativas en las autorizaciones deberán ser solucionadas por el CONTRATISTA, de tal manera que el usuario no debe de llevar la carga de la corrección en la elaboración de códigos o designación de procedimientos, estos tendrán que ser solucionados directamente por el CONTRATISTA mediante el aplicativo dispuesto y en coordinación directa con la oficina de Redes Integrales, evitando con esto que el usuario realice tramitología y desplazamientos que demandan pérdida de tiempo y asumir costos innecesarios que desmejoran la calidad del servicio.

98. El servicio prestado debe ser con disponibilidad en horario hábil para lo programado y 24 horas para el servicio de urgencias y hospitalización, cumpliendo con las especificaciones exigidas en Cumplimiento de Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" referente al Capítulo 2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud para Equipos, Personal Calificado.

99.RESPONSABILIDAD AMBIENTAL: Dar cumplimiento a Constitución Política de Colombia, artículo 209 el cual hace refiere a los principios de la función administrativa dentro de los que se encuentra el principio de sostenibilidad ambiental. El oferente deberá acreditar cumplimiento a los proyectos, programas, políticas, lineamientos, planes y estrategias ambientales establecidas la normatividad vigente, mediante los diferentes Planes de Gestión Ambiental "Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), Aprovechamiento Eficiente de los Residuos Sólidos, Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos (PGIRP), Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la prestación de servicios de salud (PGIRASA)" programa post consumo, Cuando aplique se deben tener en cuenta la existencia de las normas técnicas colombianas ISO-NTC 9001:2004, ISO-NTC 14001: 2004. NTC-OSHAS 18001:2004 Y SA 8000.

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

ANEXO No. 4

OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5

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

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un coordinador-Supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

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

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 Supervisor dará aviso oportuno a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER**, 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 ó servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

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

10. 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 previo 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.

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

12. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO No. 5

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

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".

4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.

5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

6. Resolución 3280 de agosto de 2018, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

7. Resolución 276 de febrero de 2019 por la cual se modifica la resolución 3280 de 2018

8. Resolución 2465 de 2016 por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

9. Resolución 2350 de diciembre de 2020 por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a cincuenta y nueve (59) meses de edad y se dictan otras disposiciones.

10. Resolución 051 de enero 12 de 2023 por la cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y se modifica el número 4.2 del lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud maternoperinatal adoptado mediante la resolución 3280 de 2018

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

ANEXO No. 6

NIVEL DE EDUCACIÓN Ó NIVEL ACADEMICO

NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

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, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO** Recurso humano asistencial calificado y con experiencia necesaria según la Ley 2043 de 27/7/2020 "*POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCEN LAS PRÁCTICAS LABORALES COMO EXPERIENCIA PROFESIONAL Y/O RELACIONADA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*" que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

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

El proponente:

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

ANEXO No. 7

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo_____, Representante de la entidad_____ certifico que la entidad que represento, cuenta con los medios, infraestructura, elementos y recursos necesarios para cumplir con el objeto del presente proceso contractual que es la "PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMO; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".". En las condiciones señaladas en el presente Estudio Previo.

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO No. 8

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

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

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

ANEXO 9

CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA

Ciudad, _____

Señores.
POLIÇÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Certificado de capacidad técnica del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".

RELACIÓN TALENTO HUMANO DE MEDICOS ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS				
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**TITULO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA**	**UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÌTULO**	**TITULO DE POST GRADOS**	**UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÌTULO DE POSTGRADO**

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

ANEXO No. 10

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

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

OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

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

OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA

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

NOMBRE DE LA ENTIDAD _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD (NIT) _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD_____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ENTIDAD_____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD

ANEXO No. 11

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

Referencia: Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMO; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL 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 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 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 clasificados con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificados 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:
NOMBRE DE LA ENTIDAD _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD (NIT) _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD_____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ENTIDAD_____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD

ANEXO No. 12
ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

No	1	2
Clase	General	Especifico
Fuente	Interno	Externa
Etapa	Selección	Ejecución
Tipo	Operacional	Operacional
Descripción	documentacion con todos los requisitos de la invitación para participar en el	Sobre ejecucion del presupuesto asignado al contrato, por falta de control por parte del contratista, a la facturación
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 quien se le asigna el	Dueño de la necesidad y grupo	Al Contratista
Tratamiento controles a ser implementados	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	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	adecuada para la recolección y manejo de residuos biológicos, así	inadecuado por la inexistencia de un área específica para el manejo	2	5	7	5	Al Contratista	Activar planes de contingencia para suplir la necesidad inspeccionar y revisar el cumplimiento del contrato para	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 No. 13
PROCEDIMIENTO NO POS

ANEXO 1

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

Pagina: 1 de 2	**PROCESO: ADMINISTRACION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD**	POLICIA NACIONAL
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 COMITE TÉCNICO CIENTÍFICO

FECHA DILIGENCIAMIENTO: **DEPARTAMENTO:**

I. INFORMACION BÁSICA

Nombre del Usuario: Edad:

Tipo de Identificación C.C.___ T.I.___ R.C.___ NUIP.___ IN°_____ 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 Proveedor

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 de ESP, IPS o proveedor_____ Valor_____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD O ESP:

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

1.

2.

3.

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 080 DEL 27/05/2022
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 Artículo 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.

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bucaramanga,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Ciudad.

Ref.: Proceso de Contratación Directa **PN RASES 5 CD 069 2026**, que tiene por objeto la "PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".

Apreciados Señores:

El suscrito _____ , identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____de la entidad_____, en atención a la CONTRATACIÓN de la referencia, que tiene por objeto la ""PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE HERRAN Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER".me permito presentar propuesta seria y formal para participar en el mencionado proceso de contratación. El objeto y condiciones técnicas del proceso se encuentran detalladamente enunciados en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida al mismo, teniendo en cuenta su descripción y especificaciones técnicas.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formatos.

2. Que en caso de resultar favorecido con la adjudicación de la CONTRATACIÓN me comprometo a suscribir el correspondiente contrato y a otorgar las garantías exigidas dentro de los plazos, por los valores y con las vigencias establecidas para ello.

3. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

4. Que bajo la gravedad del juramento declaro que no existe respecto del OFERENTE, sus asociados, su representante legal o dependientes incapacidades o causales de inhabilidad o incompatibilidad alguna de acuerdo con la Constitución Nacional, Leyes 80/93, 1150/2007 y demás normas vigentes que puedan impedir o vicien la presentación de nuestra oferta o la firma del Contrato que pudiera resultar de la eventual adjudicación.

5. Que ninguna persona natural o jurídica diferente del OFERENTE tiene interés en la oferta que ahora presento, ni en el contrato que como consecuencia de su evaluación y eventual adjudicación pudiera llegarse a celebrar y que en consecuencia solo compromete y obliga a los firmantes.

6. Que en cualquier defecto, error y omisión que pudiese haberse presentado en la elaboración de la OFERTA que someto a su consideración o en su contenido por causa imputable al OFERENTE o por simple interpretación errónea o desviada de las condiciones establecidas en los términos, son de mi exclusivo riesgo y responsabilidad, en relación con los cuales tuve oportunidad de pedir las aclaraciones y solicitar las correcciones en el período fijado para ello.

7. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y 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.

8. Que la oferta que ahora sometemos a su consideración tiene validez desde la fecha del cierre de CONTRATACIÓN y hasta por el término de ciento veinte (120) días calendario.

9. Así mismo me hago responsable si la OFERTA presentada se concluye que he fijado condiciones económicas y de CONTRATACIÓN artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.

10. Que bajo la gravedad del juramento declaro que no existe respecto de la OFERENTE cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales o liquidación.

11. Que el aquí OFERENTE conoce y ha estudiado en detalle por su cuenta y sin limitarse a la información proporcionada por la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, todo lo relacionado con la naturaleza de las obligaciones que asume; con los sitios y bienes donde ha de cumplirlos y en relación con todo lo necesario para cumplir con el contrato, con los aspectos del mercado, con las condiciones físicas, ambientales y de seguridad del lugar donde debe dar cumplimiento a la ejecución del objeto contractual, con las leyes y demás normas aplicables al contratante y las obligaciones que se derivan del contrato para las partes que lo suscriban. Por lo tanto, ningún hecho relacionado con estos asuntos, susceptible de preverse con un estudio cuidadoso y detallado realizado con los medios idóneos para ello, dará lugar a la presentación de reclamo alguno o a solicitar declaraciones de imprevisión o alteración del equilibrio económico del contrato, en caso de llegar a ser adjudicado en favor nuestro. Esta afirmación la hago bajo la gravedad del juramento.

12. Que asumo exclusiva responsabilidad sobre los costos que han conllevado la presentación de esta OFERTA.

13. Que en el precio ofertado se encuentran incluidos los costos proyectados al plazo previsto en estos parámetros para la ejecución del contrato, así como la utilidad razonable que se espera percibir, por ende en el evento de adjudicársenos el contrato no solicitaré restablecimiento de la ecuación financiera bajo el argumento de que el precio ofrecido o el tiempo de ejecución nos causó pérdidas económicas.

14. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales expedido por la Contraloría General de la República, de conformidad con el artículo 60 de la Ley 610 de 2.000.

15. Reconocemos que ni LA DIRECCIÓN DE SANIDAD, 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 ó 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.

16. Que declaramos bajo la gravedad del juramento que se entiende presentado con 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 ni en la documentación que se anexa a la oferta, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información apartada con la propuesta o en las declaraciones contenidas en la presenta carta de presentación de la oferta.

17. Para todos los efectos les informo los siguientes datos:

18. Que me obligo a suministrar a solicitud de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

19. La presente propuesta tiene como tiempo de ejecución _____

20. Que recibiremos notificaciones en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (s):, de igual forma y para efectos de notificación personal (artículo 67 de la ley 1437 de 2011 y articulo 8 de la Ley 2213 de 2022) acepto recibir notificación por medio electrónico a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II o a la(s) siguiente(s) dirección(es) de correo(s) electrónico(s): (indicar dirección de correo electrónico)

- Que la vigencia de la presente oferta es de _____, contados a partir de la presentación de la misma.
- Que nuestra propuesta económica; se encuentra descrita en el correspondiente Anexo designado para ello.

Cordialmente, _____
(Firma del Representante Legal del proponente)

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____ C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____ Correo Electrónico: _____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CREDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

(ADJUNTAR ORIGINAL DE CERTIFICACIÓN BANCARIA VIGENTE)

_____

Firma Gerente Entidad Contratante
Cedula de Ciudadanía.

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____ , quien obra en calidad de de la entidad _____, que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 adelanta un proceso de Contratación Directa para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.
EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

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

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

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

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

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

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

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: (**Nombre, número del documento de identificación y firma del Proponente o su Representante**

FORMULARIO No. 4

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 Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA, ODONTOLOGICA, ATENCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS (NIVEL I), OBSERVACION 6 HORAS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL **MUNICIPIO DE HERRAN** Y CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL 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 Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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