MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA VALLE
ESPRI PALMIRA

CEA.3.0-07
16-ECD-003
2771665932

UPRES-ESPRI - 20.1

Palmira, 04 de mayo de 2026

Señor Intendente Jefe
JHON JADER CAÑON RODRIGUEZ
Jefe Grupo Contrato RASES No. 4
Cali - Valle

Asunto: Evaluación Técnica – Proceso De Mínima Cuantía - PN RASES4 MIC 085/2026

En cumplimiento a lo ordenado mediante correo electrónico, respetuosamente se emite evaluación técnica del proceso **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 093 DEL 8 DE OCTUBRE DE 2025 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 093 DEL 8 DE OCTUBRE DE 2025 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES EN SALUD DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA."**, así:

Oferta a evaluar:

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

ITEM	CUPS	SERVICIO	OFERTA	NO OFERTA
URGENCIAS				
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	X	
2	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	X	
3	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	X	
4	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	X	
5	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	X	
6	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE(FLORIDA-PALMIRA SIMPLE)	X	
7	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE(FLORIDA-CALI SIMPLE)	X	
CONSULTA EXTERNA E INTERCONSULTA Y PROCEDIMIENTOS				
8	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	X	

9	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	X	
10	890363	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	X	
11	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	X	
12	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	X	
13	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	X	
14	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	X	
15	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	X	
16	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	X	
17	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	X	
18	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	X	
19	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	X	
20	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)	X	
21	935401	APLICACION DE FERULA	X	
22	986801	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA	X	
23	862701	ONICECTOMIA	X	
24	939402	NEBULIZACION	X	
25	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	X	
26	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	X	
27	937001	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	X	
28	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	X	
29	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	X	
30	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	X	
31	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	X	
32	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	X	
33	977101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	X	
34	981101	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	X	
35	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	X	
36	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	X	
37	982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	X	
38	982701	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO	X	
39	982801	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE	X	
40	982901	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE	X	
41	971101	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR	X	
42	971201	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR	X	
43	971601	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA	X	
AYUDA DIAGNOSTICA Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS				
44	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	X	
45	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	X	
EXÁMENES DE RADIOLOGÍA (ESPECIAL Y CONVENCIONAL) MAMOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES				
46	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	X	

47	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	X	
48	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	X	
49	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	X	
50	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	X	
51	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	X	
52	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	X	
53	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	X	
54	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	X	
55	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	X	
56	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	X	
57	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	X	
58	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	X	
59	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	X	
60	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	X	
61	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	X	
62	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]	X	
63	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	X	
64	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	X	
65	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	X	
66	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	X	
67	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	X	
68	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	X	
69	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	X	
70	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	X	
71	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	X	
72	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	X	
73	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	X	
74	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	X	
75	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	X	
76	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	X	
77	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	X	
78	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	X	
79	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	X	
80	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	X	
81	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	X	
82	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	X	
83	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	X	
84	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	X	
85	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	X	
86	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	X	
87	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	X	
88	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	X	
89	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	X	
90	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	X	
91	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	X	
92	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	X	

2771665932

93	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	X	
94	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	X	
95	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P.Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	X	
96	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	X	
97	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	X	
98	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	X	
99	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	X	
		EXÁMENES DE ECOGRAFIA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES		
100	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	X	
101	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	X	
102	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	X	
103	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	X	
104	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	X	
105	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	X	
106	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	X	
107	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
108	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
109	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
110	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	X	
111	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
112	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
113	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	X	
114	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	X	
115	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
116	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)	X	
117	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	X	
118	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	X	
119	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	X	
		LABORATORIO CLINICO		
120	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	X	
121	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	X	
122	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
123	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
124	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
125	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	X	
126	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	X	
127	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
128	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	X	
129	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	X	
130	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	X	
131	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	X	
132	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	X	
133	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	X	

134	903818	COLESTEROL TOTAL	X	
135	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE (MODIFICADA Y LECTURA	X	
136	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	X	
137	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	X	
138	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	X	
139	907002	COPROLOGICO	X	
140	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	X	
141	907004	COPROSCOPICO	X	
142	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	X	
143	903823	CREATININA DEPURACION	X	
144	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	X	
145	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	X	
146	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
147	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	X	
148	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	X	
149	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	X	
150	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	X	
151	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	X	
152	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	X	
153	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	X	
154	905727	DROGAS DE ABUSO	X	
155	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	X	
156	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	X	
157	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	X	
158	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	X	
159	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	X	
160	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	X	
161	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	X	
162	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	X	
163	903833	FOSFATASA ALCALINA	X	
164	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	X	
165	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	X	
166	903840	GLUCOSA EN ORINA	X	
167	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	X	
168	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	X	
169	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	X	
170	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	X	
171	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	X	
172	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	X	
173	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	X	
174	902211	HEMATOCRITO	X	
175	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	X	
176	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	X	

2771665932

177	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	X	
178	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	X	
179	902213	HEMOGLOBINA	X	
180	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	X	
181	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	X	
182	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	X	
183	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	X	
184	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	X	
185	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	X	
186	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	X	
187	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	X	
188	906917	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	X	
189	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	X	
190	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	X	
191	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	X	
192	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	X	
193	903856	NITROGENO UREICO	X	
194	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	X	
195	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	X	
196	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
197	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	X	
198	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	X	
199	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	X	
200	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	X	
201	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	X	
202	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	X	
203	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	X	
204	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	X	
205	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	X	
206	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	X	
207	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	X	
208	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	X	
209	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	X	

210	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	X	
211	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	X	
212	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	X	
213	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	X	
214	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	X	
215	902041	RETRACCION DE COAGULO	X	
216	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	X	
217	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	X	
218	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	X	
219	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	X	
220	904921	TIROXINA LIBRE	X	
221	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
222	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	X	
223	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
224	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	X	
225	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	X	
226	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	X	
227	903868	TRIGLICERIDOS	X	
228	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	X	
229	907106	UROANALISIS	X	
230	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	X	
231	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	X	
232	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	X	
233	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	X	

CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ITEM	CONDICIONES TECNICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**EXPERIENCIA PROPONENTE** Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años en actividades iguales o similares con el objeto del presente proceso. La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del proceso y a su valor; para lo cual presentará **certificaciones de contratos ejecutados o en ejecución con empresas públicas o privadas, nacionales o extranjeras.** La certificación debe contener la experiencia de forma directa e individual o a través de la participación en proponentes plurales, cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igual o mayor al 50% del presupuesto oficial asignado en el proceso. **PRESUPUESTO OFICIAL** | **50% EN PESOS** | **EN SMMLV** $45.000.000 | $22.500.000 | 13 Las certificaciones deben contener la siguiente información:	X	

2771665932

	Objeto del contrato No. Del contrato Valor Plazo Fechas de inicio y finalización del contrato Cumplimiento Nombre y NIT del contratante y del contratista **No se admiten:** - Certificaciones de Subcontrataciones. - Auto certificaciones. - Copias de contratos, facturas, órdenes de pedido, órdenes de suministro, órdenes de pago. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada. **Nota 1:** Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.		
2	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** El oferente deberá **anexar junto a la oferta una certificación firmada** por el representante legal de la entidad, en la que certifique que cuenta con el talento humano que le permita cumplir con el objeto de este contrato y que este personal posee la formación, capacitación, e idoneidad requerida y la experiencia necesaria para la prestación de los servicios y procedimientos que se soliciten, igualmente que realizó la verificación en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007.	X	
3	**EXPERIENCIA** El Oferente deberá acreditar junto a la oferta como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, lo cual se podrá verificar en el Certificado de Existencia y Representación de la cámara de comercio.	X	
4	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá anexar certificación junto a la oferta en la que certifique que el personal vinculado, el cual desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del futuro contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia de mínimo un año en la práctica de los mismos.	X	
5	**CAPACIDAD OPERATIVA** El oferente mediante certificación firmada por el representante legal de la entidad, anexa a la oferta, deberá certificar que cuenta con la infraestructura física y apoyo tecnológico suficiente para la prestación de los servicios de salud objeto del proceso enmarcados en los parámetros de la Resolución 3100 del 2019 debiendo cumplir con las siguientes condiciones: • Equipos biomédicos y material médico acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios. • Acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes y por ningún motivo se aceptarán tratamientos o procedimientos experimentales. • Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los servicios ofertados	X	
6	**REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTAL** Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá adjuntar a la oferta la certificación de inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud,	X	

	en donde se identifican los servicios habilitados para la prestación de sus servicios. **Actualizada.** En cuanto a los servicios NO SE ACEPTAN subcontrataciones, para participar deben constituirse como Consorcio o Uniones Temporales.		
7	Servicios de urgencias 24 horas para la prestación de servicios de los usuarios del subsistema de salud Policía Nacional	X	
8	**Compromiso ambiental:** El oferente se compromete a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, además sus productos deberán cumplir los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental. El oferente debe garantizar la disposición final de materiales utilizados y su tratamiento como residuos hospitalarios, los cuales podrán ser verificados periódicamente por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.	X	
9	El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte del supervisor del contrato y personal del Grupo de Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. Se **debe anexar documento escrito junto a la oferta indicando la información anterior.**	X	
10	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud objeto de este contrato a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad.	X	
11	El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional presentando los siguientes documentos: ➢ Documento de identidad original a la vista ➢ Orden de servicio autorizada por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 ➢ Formato de Referencia y contra referencia diligenciado	X	
12	La entidad debe verificar que la orden de servicio este diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado. Cuando se trate de medicamentos o procedimientos no contemplados en el plan de beneficios, el profesional deberá utilizar y diligenciar los formatos del Equipo Interdisciplinario de profesionales en salud EIPS de la Policía Nacional, establecidos para tal fin con el objetivo de agilizar la autorización de los mismos.	X	
13	**Presentar junto con la oferta, firmado por el representante legal** el portafolio actualizado de los servicios que la entidad ofrece con los horarios y días de servicio, de acuerdo a lo solicitado por la Regional de Aseguramiento en Salud N°4. **(No se aceptan brochure o folleto).**	X	
14	En caso de requerir servicios en relación del objeto del contrato que no se encuentren contemplados dentro del mismo, pero que en cumplimiento a sentencias judiciales o necesidad de pacientes sea necesario, se podrán solicitar bajo cotización basada en los precios de mercado actual, bajo la aprobación de la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4.	X	
15	Informar por escrito al supervisor del contrato de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4. ✓ cuando este lleve un 70% 80% 90% de su ejecución. Por ningún motivo el contratista debe sobre ejecutar el valor del contrato so pena de no ser canceladas las actividades realizadas fuera del valor del contrato, si se llegare a sobrepasar este será asumido por el contratista por sobre ejecución contractual. ✓ De manera semanal deberá enviarse correo y/o comunicado donde se indique el valor y % ejecutado del contrato	X	
16	El oferente **anexar junto con su oferta certificación** de revisión de protocolos de manejo en el último año, firmado por el **representante legal de la institución.**	X	
17	El proponente elegido presentara en formato Excel la relación de procedimientos, así: 1) códigos CUPS, 2) descripción 3) valor. 4) No de orden de autorización (generada por referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4) 5) Fecha de la orden de autorización (generada por referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4)	X	

2771665932

18	Informar si la empresa, consorcio o unión temporal presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext), por lo cual, el oferente deberá anexar carta firmada por el representante legal de la misma, donde manifieste que la empresa no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana. En el caso de consorcios o uniones temporales, deberá **anexarse la carta firmada por el representante legal** de cada empresa que haga parte del consorcio o unión temporal donde manifieste que no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana. Anexar junto a la oferta pantallazo de consulta en el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo.	X	
19	El servicio debe ser prestado bajo responsabilidad de la entidad contratada, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 incluyendo **LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO O COMPLICACIÓN NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE,** De esta manera se define que la atención de eventos adversos generados durante el manejo del paciente correrá a cargo del contratista una vez el caso sea verificado por el equipo de auditores de las dos entidades.	X	
20	**EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,** salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de Urgencia o Urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos previa autorización de la oficina de referencia.	X	

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES VERIFICABLES

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

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

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

Atentamente,

...

Firmado digitalmente por:
Nombre: Leydi Johanna Sanchez Mercado
Grado: Subintendente
Cargo: Responsable Recepcion Y Tramite De Informacion En Salud.
Cédula: 1116244998
Dependencia: Espri Palmira
Unidad: Departamento De Policia Valle
Correo: leydi.sanchez3821@correo.policia.gov.co
4/05/2026 3:12:59 p. m.

Anexo: no

Teléfono:

www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA