MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

San José de Cúcuta, 24 de diciembre de 2020

Coronel

JOSE LUIS PALOMINO LOPEZ
Comandante Policía Metropolitana de Cúcuta
Ciudad

Asunto: Evaluación Jurídico proceso **PN UPRES DENOR CD 218 2020**

VERIFICACIÓN DE REQUISITOS JURIDICOS	E.S.E HOSPITAL ISABE4L CELIS YAÑEZ N° 900.045.710-1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	**Cumple**
ACTO ADMINISTRATIVO DE ORDENANAZA DE CREACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ACUERDO N° 012 DE 2004)	**Cumple**
ACTA DE NOMBRAMIENTO Y ACTA DE POSESION	**Cumple**
Y ACTA DE POSESION	**Cumple**
IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL: **ALDEMAR ARTURO**	**Cumple**
CAPACIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL:	**Cumple**
CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL: **N° 1.090.402.655 de Cúcuta.**	**Cumple**
Ultima Planilla de pago de aportes a la seguridad social	**Cumple**
IDENTIFICACION TRIBUTARIA, copia del Registro Unico Tributario. Regimen de Impuestos al que pertence. Formulario N° 14714400918	**Cumple**
COMPROMISO ANTICORRUPCION	**Cumple**
DECLARACION DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES, NI PROHIBCIONES PARA CONTRATAR CON LA POLICIA NACIONAL. (Se asimila de la carta de presentacion de la oferta)	**Cumple**
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES: Se realiza verificación en la página web https://antecedentes.policia.gov.co no registra antecedentes judiciales	**Cumple**
MEDIDAS CORRECTIVAS	**Cumple**
BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES: Se realiza verificación en la página web https://www.contraloria.gov.co/, no cuentan con antecedentes fiscales.	**Cumple**
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS: Se realiza verificación en la página web https://www.procuraduria.gov.co/ y no registran antecedentes disciplinarios.	**Cumple**

De manera atenta y respetuosa nos permitimos informar al señor oficial, los resultados de la evaluación Jurídica a la oferta presentada dentro del proceso **PN UPRES DENOR CD 218 2020**, que tiene por objeto **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, MEDIA HOSPITALARIA, AMBULATORIA Y URGENCIAS, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHICULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE LA PLAYA DE BELEN Y SUS CORREGIMIENTOS ; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER."**, así:

VALOR DEL CONTRATO: **TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($3.300.000) M/CTE.**

OFERENTE:

- ✓ **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ,** identificado con el NIT **N° 900.045.710-1,** representada legalmente por el señor **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA**, identificada con la **CC N° 1.094.573.622** de Abrego.

OBSERVACIÓN:

Una vez verificada la propuesta presentada oportunamente por el oferente evaluado, **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ,** identificado con el NIT **N° 900.045.710-1,** representada legalmente por el señor **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA**, identificada con la **CC N° 1.094.573.622** de Abrego, conforme con los requisitos jurídicos estipulados en la invitación publica del proceso, se estableció que la oferta presentada, allego todos los documentos de carácter jurídico solicitados, los cuales una vez revisados se logró establecer que **CUMPLE** con la capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones respecto al proceso contractual en desarrollo.

Atentamente,

CPS.04 MARIA CAROLINA FLOREZ MONTEJO
Integrante Comité Jurídico proceso **PN UPRES DENOR CD 218 2020**

Calle 22N # 2-03 ZONA FRANCA
Telefono 5754812
denor.grusa-ofcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTADER

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

S-2020- 117544 **UPRES - JEFAD 3.1**

San José de Cúcuta, 24 de diciembre de 2020

Coronel
JOSE LUIS PALOMINO LOPEZ
Comandante Policía Metropolitana de Cúcuta
Avenida 3 calle 24 Barrio san mateo
Cúcuta

Asunto: Evaluación económica proceso PN UPRES DENOR CD 218 2020

De manera atenta y respetuosa informo a mi Coronel, en atención a la resolución 1169 de fecha 21 diciembre del 2020, sobre el proceso de evaluación dentro del proceso contractual No. **PN UPRES DENOR CD 218-20,** cuyo objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, MEDIA HOSPITALARIA, AMBULATORIA Y URGENCIAS, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHICULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE LA PLAYA DE BELEN Y SUS CORREGIMIENTOS; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER".**

PRESUPUESTO OFICIAL: El Valor Estimado para el presente proceso corresponde a TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($3.300.000,00) M/CTE, Distribuidos de la siguiente manera:

- TRESCIENTOS MIL PESOS ($300.000,00) M/CTE Y LEGAL COLOMBIANA PARA LA VIGENCIA FISCAL 2020.
- TRES MILLONES PESOS ($3.000.000,00) M/CTE Y LEGAL COLOMBIANA PARA LA VIGENCIA FISCAL 2021.

Amparados mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 75320 del 19 de diciembre de 2020 y oficio de vigencias futuras S-2020-020220-DISAN del 16/04/2020 asignado por la Directora de la Dirección de Sanidad Policía Nacional, expedido por el Analista de Presupuesto de la UPRES DENOR. .

1. OFERENTE PARTICIPANTES Y ORDEN DE ELEGILIBIDAD

Se procede a establecer el orden de elegibilidad de los oferentes que presentaron ofertas quedando de la siguiente manera:

No	INFORMACIÓN DEL PROPONENTE	CONCEPTO COMITÉ ECONOMICO, VERIFICADO OFERTA ECONOMICA	OBSERVACIONES
1	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT: 900.045.710-1**	**CUMPLE**	Cumple con las obligaciones anexas a la invitación

2. VERIFICACION DE PROPONENTES DE ACUERDO AL ORDEN DE ELEGILIBIDAD ESTABLECIDO

INFORMACIÓN DEL PROPONENTE
PROPONENTE **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT: 900.045.710-1**
REPRESENTANTE LEGAL: **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA** cédula de ciudadanía **No 1.094.573.622 DE ABREGO**
DIRECCIÓN: **CL 2 6 13 NORTE DE SANTANDER LA PLAYA**
1
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT: 900.045.710-1

3. EVALUACIÓN.

Se procede a verificar los requisitos y documentos habilitantes económicos de la oferta presentada por el señor **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA** con cédula de ciudadanía **1.094.573.622 DE ABREGO,** quien actúa como representante legal de la empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT: 900.045.710-1.**

3.1. Verificación Aspecto Económico

INFORMACIÓN DEL PROPONENTE
PROPONENTE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT: 900.045.710-1**
REPRESENTANTES LEGAL: **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA** cédula de ciudadanía **No 1.094.573.622 DE ABREGO**
DIRECCIÓN: **CL 2 6 13 NORTE DE SANTANDER LA PLAYA**
DOCUMENTOS HABILITANTES

ECONÓMICOS
TIPO DE DOCUMENTO
Certificación bancaria: (anexa certificación bancaria de la entidad financiera **BANCOLOMBIA,** CUENTA CORRIENTE **N 31824316619** estado **ACTIVA**
Anexa el formulario DATOS BÁSICOS DEL BENEFICIARIO CUENTA.
OFERTA ECONÓMICA (la oferta económica presentada en el cuadro del Anexo No.2A, resolución 001, resolución 278 y resolución 279, el formato de la oferta económica se encuentra diligenciado en su totalidad.).

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes señalada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

OBSERVACIONES:

El señor **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA** Identificada con cédula de ciudadanía No **1.094.573.622 DE ABREGO,** quien actúa como representante legal de la empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT:**

900.045.710-1 CUMPLE con todos los requisitos económicos establecidos en la invitación del proceso **PN UPRES DENOR CD 218-20,** así:

OFERENTE	ECONÓMICO
El señor **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA** Identificada con cédula de ciudadanía No **1.094.573.622 DE ABREGO,** quien actúa como representante legal de la empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT: 900.045.710-1 CUMPLE** con todos los requisitos económicos establecidos en la invitación del proceso **PN UPRES DENOR CD 218-20.**	**CUMPLE**

4. CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES

El comité económico realizo evaluación detallada y verificación de los requisitos económicos de la propuesta presentada por el señor **ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA** con cédula de ciudadanía **No 1.094.573.622 DE ABREGO,** quien actúa como representante legal de la empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ NIT: 900.045.710-1 CUMPLE** Por lo tanto se considera que la propuesta **CUMPLE CON LOS REQUISITOS FINANCIEROS** exigidos en el proceso de invitación pública **PN UPRES DENOR CD 218-20.**

Patrullero YEISON MAURICIO CABALLERO HERNANDEZ
Integrante Comité Económico

Patrullero **ROCIO SALCEDO RAMIREZ**
Integrante Comité Económico

Calle 22N # 2-03 Barrio Tasajero
Teléfono 3505851030
denor.upres-ofcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
Unidad
Radicado No
Recibido por
Fecha Hora

No. S-2020 _____ / UPRES - JEFAD – 17.2

San José de Cúcuta, 24 de Diciembre del 2020

Intendente Jefe
DIEGO ALEXANDER VARGAS GARCIA
Jefe de Contratos UPRES Norte de Santander
Ciudad. -

Asunto: Evaluación Requisitos técnicos habilitantes proceso PN UPRES DENOR CD 218 2020"

De manera atenta y respetuosa me permito enviar a mi Intendente, la evaluación técnica realizada al proceso de contratación directa PN UPRES DENOR CD 218 2020, cuyo objeto es la "**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, MEDIA HOSPITALARIA, AMBULATORIA Y URGENCIAS, APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHICULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I) EN EL MUNICIPIO DE LA PLAYA DE BELEN Y SUS CORREGIMIENTOS ; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER**"" así:

Realizado la apertura de ofertas, dentro del portal único de contratación SECOP II, se evidencia que se presentó el oferente **E.S.E HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ** por lo cual se procede a evaluarla oferta presentada:

EVALUACIÓN TÉCNICA

N°	CUPS	DESCRIPCION	OFERTA SI	OFERTA NO
		PROMOCION Y PREVENCION		
1	993102B	V. CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)		
2	993104B	V. CONTRA Haemophilus influenza tipo b		
3	993120B	V. COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (Td)		
4	993122B	V. COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA (DPT)		
5	993501B	V. CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)		
6	993503B	V. CONTRA Hepatitis B		
7	993504B	V. CONTRA FIEBRE AMARILLA	CUMPLE	
8	993505B	V. CONTRA RABIA		
9	993510B	V. CONTRA INFLUENZA		
10	993520B	V. COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA (SR) (DOBLE VIRAL)		
11	993522B	V. COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA (SRP) (TRIPLE VIRAL)		
12	995201B	OTRAS V.ES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES NCOC		
13	993512B	V. ROTAVIRUS		
		SALUD ORAL P Y P		
14	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA (EMBARAZADAS)		
15	997102B	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO		
16	997103B	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	CUMPLE	
17	997301B	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL CONTROL MECANICO		
18	997310B	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC		

14	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA (EMBARAZADAS)	CUMPLE
		ATENCION DEL PARTO	
19	890701B	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	
20	735910	ASISTENCIA DE PARTO:ESPONTANEO NORMAL EXPULSIVO	
21	S21100	SALA DE PARTOS DE COMPLEJIDAD BAJA	
22	906915B	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR	
23	911016B	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh	
24	890301B	CONSULTA DE CONTROL POR M.G. A LA MATERNA A LAS 72 HORAS POST PARTO	
		RECIEN NACIDO	CUMPLE
25	890601B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICO GENERAL	
26	902212	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh	
27	906916B	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR	
28	993102B	V. CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	
29	993503B	V. CONTRA Hepatitis B	
30	890201B	CONSULTA DE 1ª VEZ POR MEDICO GENERAL	
		PLANIFICACION FAMILIAR	CUMPLE
31	890201B	CONSULTA DE 1ª VEZ POR MEDICINA GENERAL	
32	890305B	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIM. POR ENFERMERIA	
33	697101B	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU)	
34	977100B	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	
		CRECIMIENTO Y DESARROLLO	CUMPLE
35	890201B	CONSULTA DE 1ª VEZ POR MEDICINA GENERAL	
36	890305B	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIM. POR ENFERMERIA	
		ALTERACIONES DEL JOVEN DE 10 A 29 AÑOS	
37	890201B	CONSULTA DE 1ª VEZ POR MEDICINA GENERAL	
38	902213B	HEMOGLOBINA	
		CONTROL DE EMBARAZO	CUMPLE
39	890201B	CONSULTA DE 1ª VEZ POR MEDICINA GENERAL	
40	890301B	CONSULTA DE CONTROL POR M.G. A LA MATERNA	
41	890305B	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIM. POR ENFERMERIA	
42	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	
43	902208B	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	
44	903841B	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	
45	904508B	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO - GONADOTROPINA CORIÓNICA	
46	906916B	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR	
47	907106B	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	
48	902212	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh	
		ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS	CUMPLE
49	890201B	CONSULTA DE 1ª VEZ POR MEDICINA GENERAL	
50	903815B	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	
51	903816B	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	
52	903818B	COLESTEROL TOTAL	
53	903868B	TRIGLICÉRIDOS	
54	903841B	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	
55	903895B	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	
56	907106B	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	
		DETENCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO	CUMPLE
57	898001B	ESTUDIO BASICO EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL	
58	892901B	TOMA TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	
		DETENCION TEMPRANA DE AGUDEZA VISUAL	

Escaneado con CamScanner

59	950601B	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	CUMPLE
		MEDICINA GENERAL	
60	890201B	CONSULTA MEDICINA GENERAL 1 VEZ	CUMPLE
61	890301B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL	
62	890701B	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	
63	939402B	NEBULIZACION	
		ODONTOLOGIA	
64	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	CUMPLE
65	890703	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA GENERAL	
66	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	
67	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	
68	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	
		MEDICAMENTOS	
69	M0329	ACETAMINOFEN 100 MG/ML (10%) SOLUCION ORAL	CUMPLE
70	M0330	ACETAMINOFEN JARABE 150 MG/ 5 ML (3%)	
71	M0328	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	
72	1011010	ACICLOVIR TABLETA O CAPSULA 200MG	
73	5415	ACETIL SALICILICO ACIDO TABLETA 100 MG	
74	M0481	ADRENALINA 1 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	
75	7760	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SOLUCIÓN INYECTABLE 5 ML	
76	J01GA02070	AMIKACINA SULFATO SOLUCION INYECTABLE 500 MG / 2 ML	
77	7505	AMIODARONA CLORHIDRATO POLVO PARA INYECCION 150 MG	
78	M0146	AMIODARONA CLORHIDRATO TABLETA 200 MG	
79	M0352	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO TABLETA 25 MG	
80	1220031	AMLODIPINO TABLETA O CAPSULA 5MG	
81	1016006	AMOXICILINA TABLETA O CAPSULA 500 MG	
82	M0067	AMOXICILINA SUSPENSIÓN ORAL 125 MG / 5 ML DE BASE (2.5%)	
83	M0068	AMOXICILINA SUSPENSIÓN ORAL 250 MG / 5 ML DE BASE (5%)	
84	J01CA02872	AMPICILINA SODICA +SULBACTAMOL SODICO POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G + 0.5 G	
85	48	AMPICILINA (SODICA) POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G DE BASE	
86	M0074	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 250 MG/5 ML SUSPENSION ORAL	
87	M0072	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 500 MG TABLETA O CAPSULA	
88	3710010	ATROPINA SULFATO SOLUCIÓN INYECTABLE 1 MG / ML (1%)	
89	M0304	BECLOMETASONA DIPROPIONATO LIQUIDO PARA INHALACION 50 MCG / DOSIS	
90	M0208	BETAMETASONA 4 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	
91	74	BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO SUSPENSION INYECTABLE (3 MG DE BASE+ 3 MG)/ML	
92	7510	BETAMETIL DIGOXINA SOLUCION INYECTABLE 0.2 MG / 2 ML	
93	5805	BIPERIDENO CLORHIDRATO TABLETA 2 MG	
94	N02CE00614	ERGOTAMINA + CAFEINA (1 + 100) MG TABLETA O CAPSULA	
95	M0156	CAPTOPRIL TABLETA 25 MG	
96	M0157	CAPTOPRIL TABLETA 50 MG	
97	M0089	CEFALEXINA 125 MG/5 ML(2.5%) SUSPENSION ORAL	
98	M0090	CEFALEXINA 250 MG/5 ML(5%) SUSPENSION ORAL	
99	M0088	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA	
100	M0093	CEFALOTINA 1 G POLVO PARA INYECCION	
101	1428	CEFRADINA 1GR AMP	
102	M0091	CEFRADINA 500 MG TABLETA O CAPSULA	
103	7430	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 G POLVO PARA INYECCION	
104	J01MC01570	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 100 MG/10 ML DE BASE SOLUCIÓN INYECTABLE	
105	7441	CIPROFLOXAXINA 200 MG X 100 ML AMP	
106	M0105	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG TABLETA	

		CLEMASTINA AMP 2MG
107	7435	CLINDAMICINA 15% SOLUCION INYECTABLE X 600 MG
108	A12BP02270	POTASIO CLORURO SOLUCION INYECTABLE 20 MEQ / 10 ML
109	7820	SODIO CLORURO SOLUCIÓN INYECTABLE 0.9%
110	710	COLCHICINA TABLETA 0.5 MG
111	M0239	NEOMICINA (SULFATO) + POLIMIXINA B 0,3 + 5.000 - %+UI SOLUCION OFTALMICA
		CROMOGLICATO DE SODIO SOLUCION OFTALMICA 40MG/ML /4%)
112	M0211	DEXAMETASONA (FOSFATO) 4 MG / ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
113	M0210	DEXAMETASONA (ACETATO) 8 MG / ML DE BASE SUSPENSION INYECTABLE
114	M0495	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA AL 10% SOLUCION INYECTABLE
115	M0494	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA AL 5% SOLUCION INYECTABLE
116	N03AD01370	DIAZEPAM SOLUCION INYECTABLE 10 MG / 2 ML
117	M01AD01570	DICLOFENACO SODICO SOLUCION INYECTABLE 75 MG / 3 ML
118	M0141	ISOSORBIDE DINITRATO TABLETA 10 MG
119	N02BD02670	DIPIRONA 1.0 GRAMOS 40 - 50% SOLUCIÓN INYECTABLE
120	N02BD2670	DIPIRONA 2.5 GRAMOS SOLUCION INYECTABLE
		DOXICICLINA 100MG TABLETA O CAPSULA
121	C09AE00201	ENALAPRIL MALEATO TABLETA 20 MG
122	M0343	FENITOINA SODICA TABLETA O CAPSULA 100 MG
123	M0437	FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE
		IPRATROPIO BROMURO 0.02MG/DOSIS SOLUCION PARA INHALACION AEROSOL
124	M0165	FUROSEMIDA 20 MG /2 ML SOLUCION INYECTABLE
125	M0164	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA
126	M0100	GENTAMICINA (SULFATO) SOLUCION INYECTABLE 160 MG/2 ML
127	950	GENTAMICINA (SULFATO) 40 MG / 2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
128	M0102	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE
129	M0237	GENTAMICINA(SULFATO) 3MG/ML DE BASE SOLUCION OFTALMICA
130	M0374	HALOPERIDOL 5 MG TABLETA
131	M0499	LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN)
132	M0445	HIDROCORTISONA 100 MG POLVO PARA INYECCION
133	M01AI00201	IBUPROFENO 400MG TAB
134	M0143	ISOSORBIDE DINITRATO TABLETA SUBLINGUAL 5 MG
135	A03FM01670	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG / 2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
136	M0435	MIDAZOLAM 5 MG / 5 ML (0.1%) SOLUCION INYECTABLE
137	C08CN00615	NIFEDIPINA 30 MG TABLETA O CAPSULA
138	C08CN00814	NIMODIPINA 30 MG TABLETA O CAPSULA
139	9992	OXACILINA (SAL SODICA) 1 G POLVO PARA INYECCION
140	M0081	PENICILINA G BENZATINICA 1.200.000 U.I. POLVO PARA INYECCION
141	M0082	PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 U.I. POLVO PARA INYECCION
142	J01CP006721	PENICILINA G PROCAINICA 400.000 UI POLVO PARA INYECCION
143	J01CP00	PENICILINA G PROCAINICA 800.000 UI POLVO PARA INYECCION
144	1016255	PENICILINA CRISTALINA SOLUCIÓN INYECTABLE 1'000.000 UI
145	1016258	PENICILINA CRISTALINA SOLUCIÓN INYECTABLE 5'000.000 UI
146	A02BR00170	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG / 2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
147	AA17	SALES DE REHIDRATACION ORAL A LIBRE DEMANDA
148	M0047	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE SOLUCION INYECTABLE
149	505	TOXOIDE TETANICO SOLUCION INYECTABLE
150	M0422	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/ 2 ML SOLUCION INYECTABLE
151	M0421	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
152	B02BF00870	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 0.2% - 1% SOLUCIÓN INYECTABLE

Escaneado con CamScanner

153	9286	ZIDOVUDINA 10 MG / ML SOLUCION ORAL
		INSUMOS
154	M06	EQUIPO DE MACRO-MICRO GOTEO
155	99136	EQUIPO DE MICROGOTEO
156	MMQEQ35	EQUIPO DE VENOCLISIS
157	M24	YELCO /24
158	M25	YELCO /22
159	M26	YELCO /20
160	M27	YELCO /18
161	99151	JERINGA DE 20 CC
162	99153	JERINGA DE 2 CC
163	99154	JERINGA DE 3 CC
164	99141	JERINGA DE 10 CC
165	JERI50	JERINGA HIPODERMICA DE 50 CC
166	99140	JERINGA DE 5 CC
167	MMQJE35	JERINGA PARA INSULINA
168	C002	CANULA NASAL PEDIATRICA
169	C003	CANULA NASAL ADULTO
170	99131	CANULA DE GUEDELL
171	1013	MASCARA DE OXIGENO ADULTO
172	1013-1	MASCARA DE OXIGENO PEDIATRICA
173	HUMI103	HUMIDIFICADOR
174	BURETROL	BURETROL
175	99130	CATETER HEPARINIZADO
176	M18	SONDA DE FOLLEY
177	M18	SONDA DE FOLLEY
178	M19_1	SONDA DE LEVIN 10
179	M19_1	SONDA DE LEVIN 10
180	M19_1	SONDA DE LEVIN 10
181	M34	SONDA NELATON
		TRASLADO DE AMBULANCIA BÁSICO
182	TAB	TRASLADO LA PLAYA - OCAÑA
183	TAB	TRASLADO ASPASICA - LA PLAYA
184	TAB	TRASLADO LA VEGA - LA PLAYA
185	TAB	TRASLADO LA PLAYA - CUCUTA

CONICIONES TECNICAS ADICIONALES

N°	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	
		SI	NO
1	Sala de espera con estar de TV: consultorios médicos con lavamanos, pisos.	CUMPLE	
2	Contar con un consultorio odontológico habilitado para el servicio		
3	Contar con el servicio de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización bajo la atención de médicos generales y los CAMI		
4	Atencion de partos de bajo riesgo, Urgencias, Consulta externa y Cirugía Ambulatoria.		
5	Sala de pequeños procedimientos médicos, baños con lavamanos y sanitario.		
6	Todas las áreas deben estar perfectamente iluminadas		
7	Todos los consultorios deben cumplir las especificaciones técnicas exigidas por la Secretaria de Salud.		
8	Contener Depósito de residuos patógenos y reciclables.		
9	Contar con bodega para archivo clínico documental.		
10	Contar como mínimo un tanque subterráneo para almacenamiento de agua potable: planta eléctrica de emergencia y sub-estación eléctrica.		
11	Contar como mínimo un vehículo tipo TAB para disponible las 24 horas para cualquier urgencia que se requiera.		
12	Contar con un profesional en medicina general las 24 horas		

N°	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	
		SI	NO
13	Contar con un profesional en enfermería las 24 horas		
14	Contar con un técnico asistencial en enfermería las 24 horas		
15	Estar debidamente habilitado y acreditado, de acuerdo con el sistema obligatorio de garantía de calidad y mantener esta condición durante la ejecución de los convenios de –servicios.		
16	Disponer de una capacidad instalada, recurso humano capacitado y con experiencia acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación de personal de salud establecidos		
17	Contar con un dispositivo telefónico disponible para la atención del usuario.		
18	Contar con oficina y con el funcionario capacitado para la atención del usuario.		
19	Contar con el servicio habilitado de farmacia para entregar los medicamentos que requieran los pacientes durante las 24 horas del día, en caso de urgencias y prioritario.		
20	Contar con consultorio habilitado y personal capacitado profesional en los programas de promoción y prevención de la salud.		
21	Cumplir con el protocolo de esterilización de material sanitario		

N°	CONDICIONES MINIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO Y OBLIGACIONES	CUMPLE	
		SI	NO
1	Contar con recurso humano con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación y experiencia en la prestación de servicios médicos de baja complejidad incluye hospitalización, atención medica de urgencias y atenciones integrales derivadas, traslado de pacientes intermunicipales en vehículo ambulancia tipo tab, para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional, comprende el municipio de La Playa (sede) y sus corregimientos.	X	
2	Contar con recurso humano suficiente e idóneo para la prestación de servicios médicos de baja complejidad incluye hospitalización, atención medica de urgencias y atenciones integrales derivadas, traslado de pacientes intermunicipales en vehículo ambulancia tipo tab, para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional, comprende el municipio de La Playa (sede) y sus corregimientos.	X	
3	El talento humano técnico-científico deberá reunir los requisitos definidos por el Decreto 1335 MINSALUD de 1990.Adicionado por el Decreto139 de 1996.	X	
4	Contar con suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios de consulta médica, hospitalización, atención de urgencias, procedimientos y ayudas diagnosticas relacionadas en primer nivel estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), portafolio de servicios, disciplinas generales con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención.	X	
5	Contar con Habilitación para cada uno de los servicios a prestar en la sede que será puesta a disposición de los usuarios del SSPN. El oferente deberá anexar el formulario de inscripción y cumplimiento de los requisitos de habilitación. De acuerdo al Decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la Resoluciones 2003 de 2014 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.	X	
6	El oferente deberá presentar el modelo de prestación de servicios que tenga definido	X	
7	El oferente deberá presentar en medio físico y/o magnético los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud según la normatividad vigente Resolución 256 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	X	
8	El oferente deberá contar con capacidad operativa para la recolección y el envío en medio magnético de la información correspondiente a atenciones en salud de los Usuarios del Subsistema (RIPS).	X	
09	El oferente deberá contar con un proceso estándar de selección y clasificación de pacientes en urgencias (Triage)	X	
10	El oferente deberá contar con Guías de manejo, las cuales deberá anexar en su propuesta	X	
	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la protección social y las	X	

Escaneado con CamScanner

N°	CONDICIONES MINIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO Y OBLIGACIONES	CUMPLE	
		SI	NO
11	normas sanitarias vigentes.		
12	Prestar los servicios de atención médica, odontológica y de urgencias de acuerdo al nivel I , con sujeción a los acuerdos expedidos por el CSSFM (Acuerdo 002 de 2001, por el cual se establece el plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, Acuerdo 052 de 2013 por el cual se establece el manual de medicamentos y terapéutica para el sistema de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, entre otros)	X	
13	Poseer un sistema de Auditoría interna que este en contacto con el Auditor de Cuentas delegado por la Unidad Prestadora de Salud del Departamento de Policía Norte de Santander para el control y supervisión del contrato.	X	
14	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y Contrarrefencia de usuarios e información. al igual que con una línea de atención al usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, que permita facilitar el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes, peticiones, horarios de atención y programación de procedimientos	X	
15	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad, los requisitos mínimos esenciales (Cumplimiento de los estándares de habilitación según resoluciones 1043 de 2006 /2003 de 2014 anexo técnico # 1, estos serán objeto de verificación por parte de la unidad prestadora de salud Norte de Santander) y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como territorial.	X	
16	Durante las fases de atención el contratista deberá observar criterios de racionalidad científica, los cuales serán objeto de auditoria	X	
17	El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	X	
18	De conformidad con lo establecido en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, el contratista al momento de legalizar el contrato y de presentar las respectivas facturas, deberá acreditar el pago mensual de los aportes de la afiliación y cotización a los sistemas de Seguridad Social y Cajas de Compensación Familiar, Instituto de Bienestar familiar y Sena. Para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura, certificación donde conste dicho cumplimiento firmado por el representante legal o el revisor fiscal si conforme a la normatividad vigente estuviese obligada a tenerlo.	X	
19	Los usuarios menores de edad: deberán mostrar registro civil o tarjeta de identidad como su carné policial o constancia de talento humano. Los usuarios mayores de edad: deberán mostrar cédula ciudadanía como su carné policial o constancia de carnet en trámite.	X	
20	Los servicios de serán prestados con disponibilidad del personal profesional permanente.		
	La formulación de medicamentos de orden ambulatorios se hará tomando como base al vademécum de nuestra Institución y se formulara en moléculas genéricas, para los casos que por disposición medica el PACIENTE O USUARIO requiera un medicamento que no se encuentre dentro del VADEMECUM DE NUESTRA ENTIDAD, el profesional de la salud será el encargado de diligenciar el formato de autorización fuera del POST O VADEMECUM en el cual se relaciona la justificación en todos los casos se requiere la autorización del COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DEL NIVEL CENTRAL DE LA DIRECCION DE SANIDAD POLICIAL; salvo las excepciones de ley dispuestas en los temas relacionados con la salud integral de nuestros usuarios. (El vademécum será entregado al oferente que se le adjudique el contrato una vez se le notifique el acto administrativo de acta de aceptación de la oferta) PROTOCOLO PARA LA FORMULACION DE MEDICAMENTOS FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS. Solicitud de medicamentos fuera de vademécum o del listado contratado. • La prescripción de medicamentos no incluidos en el Vademécum, sólo podrá realizarse por un médico u odontólogo especialista. • Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, el cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva. • La prescripción de los 30 medicamentos fuera del Acuerdo CSSMP incluidos en el listado de medicamentos con código que inicia con las letras "FA", así como de los medicamentos incluidos en el listado con Código CSSMP que inician por "X" deberán ser sometidos a	X	

N°	CONDICIONES MINIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO Y OBLIGACIONES	CUMPLE SI	CUMPLE NO
21	aprobación por parte del Comité Técnico Científico. • La prescripción del Hidrato de Cloral será el único de los medicamentos comercializado por el Fondo Nacional de Estupefacientes que requerirá aprobación por parte del Comité Técnico Científico, los demás pese a estar fuera del listado contractual podrán ser suministrados directamente con la presentación de la fórmula en la farmacia. • La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas que consagra el listado contractual, sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el listado. De lo anterior se deberá dejar constancia, en la historia clínica. • Sólo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. • Los medicamentos deberán ser formulados en denominación GENERICA o denominación común internacional. • El Comité Técnico Científico nacional que autoriza medicamentos fuera de listado contractual, no tiene potestad para autorizar la entrega de productos con nombre comercial, sólo verifica pertinencia y autoriza compra del nombre genérico o denominación común internacional. Para el caso de paciente con tratamientos crónicos a los cuales se les determine un tratamiento ambulatorio definitivo para el manejo de su patología, los periodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año, en cuyo caso el Comité deberá hacer la evaluación por lo menos una vez al año y determinar la continuidad o suspensión del tratamiento. Lo anterior sin perjuicio de los aspectos básicos para la formulación literal g) y h) del Acuerdo 042 CSSMP de 2005 que rezan: g) La cantidad de medicamentos formulados a los usuarios CSSMP atendidos por consulta externa se hará hasta por (30) treinta días calendario.		
22	Mediante la Resolución 1569 del 171208 o aquellas que la modifiquen o sustituyan, la DISAN determina los procedimientos que se deben seguir desde la formulación hasta la autorización de medicamentos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico Nacional y Locales.	X	
23	Son reglas excepcionales a este procedimiento únicamente: Los casos de URGENCIA MEDICA. Donde se comprueba que el medicamento solicitado es de necesidad inmediata, pues sin él se puede ver afectada la vida del Paciente. Fallos judiciales, donde la Autoridad competente ordena cumplir con un medicamento en un tiempo muy corto y no se alcanza a surtir el proceso indicado antes de entregar el medicamento.	X	
24	El oferente garantizara a los usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional la accesibilidad y oportunidad para la atención integral dentro de los programas ambulatorios y de urgencia.	X	
25	Prestar los servicios con personal con formación universitaria, y altamente calificado; y a los pacientes mediante la aplicación de conocimientos y experiencias con la tecnología disponible.	X	
26	El oferente se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la orden debidamente diligenciada y firmada por el Comandante de Estación de cada Municipio o Corregimiento en su defecto quien se encuentre Encargado en cuanto a consultas ambulatorias odontología, laboratorios y medicina, las autorizaciones de servicio de urgencias deben ser solicitadas a referencia policía nacional a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co , disan.griss-crf@policia.gov.co , upres.rin@policia.gov.co ; firma del paciente, y anexar fotocopia del carnet Policial o constancia expedida por la oficina de Recursos Humanos del Departamento de Policía NORTE DE SANTANDER y el documento de identidad (cédula, tarjeta de identidad y registro civil) y que la fecha de autorización no pase de 10 días calendario. En caso de que se presente usuarios con contraseña de cédula y/o denuncia de documentos perdidos debe presentar autorización por parte de la Jefatura de la unidad prestadora de salud del Departamento de Policía NORTE DE SANTANDER	X	

Escaneado con CamScanner

N°	CONDICIONES MINIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO Y OBLIGACIONES	CUMPLE SI	CUMPLE NO
27	El oferente debe dar un reporte mensual (BASE DE DATOS/ RIPS) de pacientes que incluya servicios realizados, valor facturado de los mismos, y porcentaje actualizado a la fecha, en impreso y medio magnético a la Jefatura unidad prestadora de salud Departamento de Policía NORTE DE SANTANDER	X	
28	El oferente debera contar con un Sistema de Información Estadistico (software) para el manejo de datos el cual debe incluir entre otros los siguientes parametros datos generales del paciente (nombre completo identificacion, edad, sexo, tipo de vinculacion, lugar de residencia), tipo de patologia remitida, procedimiento(s) efectuado(s), valor facturado(s) Igualmente incluir el listado de medicos generales adscritos a la red interna de Unidad Prestadora de Salud NORTE DE SANTANDER, quienes hacen la solicitud del examen y reportar en sus estadisticas el numero y tipo de servicios solicitados por cada profesional Se debe allegar la información en medio magnetico e impreso los primeros tres (3) dias habiles de cada mes	X	
29	El oferente se compromete a cumplir con el proceso de referencia y Contrarreferencia aportando la informacion clinica requerida para continuar su atención medica con el diligenciamiento total del formato enviado el cual debe estar ejecutado en el 100% de sus casillas (debe contener clasificación CIE 10)	X	
30	El oferente debe presentar una certificacion de control de calidad interno y externo vigente dentro de los parametros de cumplimiento	X	
31	El contratista debera cumplir con el sistema obligatorio de garantia y calidad los requisitos minimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial. Para tal efecto permitira el acceso al auditor concurrente de la Unidad Prestadora de Salud de Norte de Santander	X	
32	El oferente se compromete a efectuar los procedimientos médicos descritos en el Acuerdo 002(27 de abril del 2001) del Consejo Superior de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y relacionados en el siguiente estudio de conveniencia de acuerdo a la tarifa convenida	X	
33	Permitir a los funcionarios asignados por la jefatura del de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander a efectuar todas aquellas actividades de auditoria conducentes a supervisar la ejecución del contrato y la atención del paciente en las instalaciones donde se presta el servicio y suministrar la tecnología informática junto con los medios magneticos e impresos necesarios para ejercer la auditoria asistencial y administrativa	X	
34	El oferente se debe comprometer a presentar la facturación correspondiente los primeros cinco dias del mes siguiente acompañada de los siguientes documentos ✓ Orden de servicio debidamente diligenciada y firmada por el Comandante de Estación de cada Municipio o Corregimiento en su defecto quien se encuentre Encargado en cuanto a consultas ambulatorias odontologia, laboratorios y medicina, las autorizaciones de servicio de urgencias deben ser solicitadas a referencia policia nacional a los correos disan griss-aut@policia.gov.co, disan griss-crf@policia.gov.co, upres.nn@policia.gov.co ✓ Soportes de lo Facturado (Consultas, Laboratorios, Imagenologia, Procedimientos ambulatorios y de Urgencias) ✓ Fotocopia de Documento de Identidad del Titular o Beneficiario Fotocopia del Carnet de Policia o Constancia expedida por la oficina de Talento Humano del Departamento no mayor a 30 dias.	X	
35	En caso de presentarse objeciones o glosas estos deberán ser respondidos dentro de los 20 dias hábiles contados a partir de la fecha de notificación del contratista, por parte de la oficina de auditoria. Si el contratista no cumple con la obligación de aclarar las objeciones se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva	X	
36	Facilitar los protocolos de manejo de: Código rojo Hemorragia post parto, atención de HTA en embarazo, AH1N1, parto pre termino, sepsis y embarazo.	X	
37	Reportar los indicadores de la Circular Externa Súper salud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	X	
38	En el caso de pacientes ambulatorios se debe contra remitir al paciente para manejo con el médico general en el formato adjunto al volante de autorización	X	
39	Realizar incapacidades médicas según la directiva de la Policía Nacional 007 de 2009 en cuanto a necesidad de establecer si es incapacidad parcial o total.	X	

Nº	CONDICIONES MINIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO Y OBLIGACIONES		
40	El manejo intrahospitalario debe comprender el tratamiento de las complicaciones presentadas durante los procedimientos inherentes al procedimiento quirúrgico y al manejo médico y serán asumidas por el oferente, las cuales no se facturarán al presente contrato	X	
41	Mantener vigente durante la ejecución del contrato la póliza de responsabilidad civil, que cubra los perjuicios derivados de la responsabilidad civil que le sea imputable por lesiones personales y/o muerte ocasionada a terceros	X	
42	Tener políticas documentadas y actualizadas en cultura de responsabilidad, seguridad y conciencia basada en el comportamiento, a través de un adecuado manejo integral de residuos peligrosos generados en la prestación de servicios de salud, con el propósito de minimizar los factores de riesgo a la salud de la población, prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios	X	
43	Contar con una Zona para el manejo de residuos patológicos para almacenamiento central para la desegregación interna debe cumplir con las normas de bioseguridad y contar con habilitación del Instituto Departamental de Salud IDS. Estar documentado con manual de bioseguridad y manual de gestión integral de residuos hospitalarios y similares	X	
44	Diligenciar el 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	X	

Finaliza la evaluación técnica a la entidad **E.S.E ISABEL CELIS YAÑEZ** se evidencio que CUMPLE con las especificaciones técnicas solicitadas.

Como resultado se declara que CUMPLE la propuesta presentada por el oferente **E.S.E ISABEL CELIS YAÑEZ.**

PT. ERIKA FERNANDA BECERRA
Integrante comité evaluador técnico

PT. LUISA FERNANDA BECERRA MOLINA
Integrante comité evaluador técnico