REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

CONTRATO N° 86-7-20119-26

Pereira, 23 de junio de 2026

Señor
GUILLERMO ANTONIO LOPEZ GUARNIZO
Representante legal **LABORATORIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA CITOSALUD S.A.S**
CC. 10.235.567 expedida en Manizales Caldas
NIT: 810006840-6
Dirección: Calle 64 # 24-27 Barrio Palogrande -Manizales
Celular: 3006104726-6068914014
Email: **citosaludcalidad@gmail.com**
Manizales-Caldas

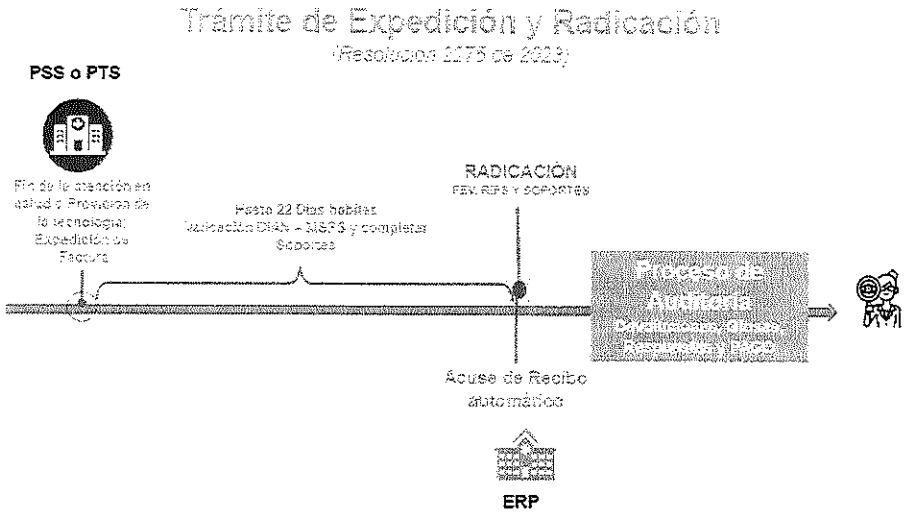
Asunto: **ACEPTACIÓN OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 038 2026**

Cordialmente me permito informarle que en virtud a la invitación pública del proceso **PN RASES N°3 MIC 038 2026**, que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCION Y DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO A LAS AFILIADAS Y BENEFICIARIAS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3"**, su oferta ha cumplido a cabalidad con los requisitos de habilitación y por tanto es aceptada de conformidad con el artículo 94 de la ley 1474 de 2011 y el Artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 9 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 1860 de 2021 y en consecuencia la oferta presentada por usted junto con el presente documento constituye el contrato. Para tal fin, se relacionan los principales aspectos a tener en cuenta para el cumplimiento del objeto contractual, conforme a las condiciones fijadas en la invitación pública del proceso en referencia:

CONTRATANTE.	**POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. NIT 900.339.410-8**
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO.	Mayor **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	73.008.879 expedida en Cartagena
CARGO.	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. (E)
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna Nro. 131 del 11/05/2026 de la Dirección de Sanidad.
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN.	Resolución 01567 del 09 de junio 2026 que modifica la Resolución 00502 del 05 de marzo de 2026. De la Policía Nacional
CONTRATISTA.	➢ **Entidad: LABORATORIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA CITOSALUD S.A.S** **NIT**: 810006840-6 **Representante legal:** GUILLERMO ANTONIO LOPEZ GUARNIZO **Cedula de ciudadanía:** 10.235.567 expedida en Manizales Caldas **Ciudad Notificación Judicial:** Manizales **Dirección Notificación Judicial:** Calle 64 # 24-27 Barrio Palogrande -Manizales **Teléfono:** 3006104726-6068914014 **Email: citosaludcalidad@gmail.com**

CONSIDERADOS	Que el presente contrato se deriva del proceso de **MINIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 038 2026**
SUPERVISOR DEL CONTRATO.	El supervisor del contrato será un integrante **de la Unidad prestadora de Salud Caldas**, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución Nro. 00090 del 15 de enero de 2018. Para estos efectos, el supervisor estará sujeto a lo dispuesto en el numeral 1° del artículo 26 de la ley 80 del 1993, los artículos 83 y 84 de la ley 1474 del 2011, la resolución 00090 del 2018 y demás normas que regulen la materia. El supervisor del contrato en cumplimiento de sus funciones, deberá preparar y presentar al ordenador del gasto informes sobre la gestión cada mes, a partir de la fecha de carta de inicio, en el que se deberá enunciar de forma puntual la ejecución física del contrato, relacionando para ello los aspectos de carácter técnico, administrativo, financiero y legal del respectivo negocio jurídico. Los informes de seguimiento, deben ser presentados de forma física cada mes, a partir de la fecha de carta de inicio y durante la ejecución del contrato en el formato establecido en la suite visión empresarial, así mismo se debe realizar su publicación en el SECOP II, módulo de gestión contractual, con el fin de dar cumplimiento al Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015, que establece lo siguiente: "(...)*Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato (...)*". Informe que deberá ser publicado en la plataforma SECOP II, cada mes, a partir de la fecha de carta de inicio, después de emitido el informe de supervisión; así mismo cuando el contrato se ejecute en su totalidad o se termine anticipadamente se debe elaborar informe de supervisión final junto con la EVALUACIÓN Y REEVALUACION DE PROVEEDORES en el formato 2BS-FR-0066 y proyectar el acta de liquidación cuando sea el caso, la cual también deberá quedar publicada en la plataforma SECOP II. Deberá coordinar con el contratista la operacionalización de la radicación de las facturas en SIIF NACION, de acuerdo a la CIRCILAR 042 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA – SIIF NACIÓN del 26 de diciembre de 2023, y trámite de acta de liquidación del contrato. Deberá informar al ordenador del gasto, cuando el contrato se encuentre en un 50% y un 70%, ejecución del contrato, a fin de determinar trámite de adición y/o proceso nuevo y poder garantizar la continuidad en la prestación de los servicios. **<u>OTRAS ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR</u>** • Revisar detalladamente todos los criterios técnicos y realizar seguimiento constante según lo establecido. • Informar en forma inmediata y por escrito a la dependencia encargada de contratos, cualquier anomalía en la ejecución del contrato. • Requerir por escrito al contratista cuando quiera que este no ejecute, o ejecute indebida o tardíamente las obligaciones surgidas del acuerdo negocial o convencional. • Dar el recibo de satisfacción mensual para su pago si se da cumplimiento a lo pactado, • Verificar que el contratista suministre y mantenga el personal, insumos y/o equipo ofrecido, con las condiciones e idoneidad pactadas. • Solicitar mensualmente el Paz y Salvo de parafiscales, respecto a este pago se aplicará lo contenido en los Artículos 1 y 7 del Decreto 1828 de 2013, o norma que regule el

	tema. • Remitir mensualmente a la oficina de contratos un informe mensual que contenga la forma como se ha ejecutado el contrato, si se ha dado cumplimiento a todas las exigencias de salud ocupacional y ambiental y demás aspectos del contrato, copia del RAS, copia de la factura y copia de los parafiscales. • Proyectar el acta de liquidación del contrato dentro de los 2 meses siguientes a su finalización. • Y de más funciones de qué habla la Resolución No. 00090 de 2018 y la ley 1474 de 2011. **INFORMES DURANTE LA EJECUCIÓN** En cuanto se refiere al periodo de ejecución del contrato o convenio, en los informes (parciales) que se rindan, se deberán consignar las actividades establecidas en el contrato o convenio, discriminando los aspectos. **I.) Técnicos,** tales como: las modificaciones efectuadas, los insumos suministrados, los servicios prestados y las obras ejecutadas, incluyendo la descripción de las actividades, cantidad y precios unitarios con el fin de evaluar el complimiento del contratista con respecto al contrato de que se trate (obra, suministro, de insumos, entre otros), acorde con las estipulaciones pactadas; **II.) Financieros o presupuestales** tales como: anticipos, facturaciones, entrega de aportes, pagos, etc. **III.) Administrativos** tales como: requerimientos de autoridades, tramites de solicitudes formuladas por el contratista, actas, e información adicional relacionada con el contrato o convenio; y **IV.) Legales,** tales como: retrasos, incumplimientos, inconvenientes presentados y asuntos pendientes por resolver.
OBJETO	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCION Y DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO A LAS AFILIADAS Y BENEFICIARIAS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3"**
VALOR.	**DIEZ MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($10.000.000) para** la vigencia 2026.
APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 47426 del 27/05/2026 y QUIPU 301 del 27/05/2026.** Expedido por el responsable de Presupuesto de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**.
PLAZO DE EJECUCIÓN.	El plazo de ejecución del contrato será a partir de la aprobación de la garantía única, expedición del registro presupuestal y la expedición de la carta de inicio Se procederá a la prestación de servicios hasta el **(31/12/2026)** o hasta agotar el presupuesto disponible, lo que primero ocurra. Cabe resaltar que, si dentro del proceso se evidencia que el presupuesto asignado ya se terminó. Se debe informar de inmediato al señor supervisor. Nota: este proceso no tiene prorrogas automáticas, las modificaciones del tiempo están sujeto a las condiciones presupuestales y siempre debe mediar acuerdo entre las partes.
FORMA DE EJECUCION	En observancia del Decreto 441 de 2022 y los lineamientos legales del sector salud, la ejecución del presente contrato se fundamenta en la integridad de los documentos precontractuales —estudios previos, invitación, adendas y la propuesta adjudicada.

	En consecuencia, se desarrollará bajo la modalidad de **TRACTO SUCESIVO**, supeditado a las necesidades de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Regional N°3) y condicionado a la supervisión, así como a las remisiones autorizadas por la oficina de Referencia y Contrarreferencia.
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	El contratista deberá prestar el servicio en el departamento de Caldas, en el casco urbano de Manizales, en la siguiente dirección: **Dirección:** Calle 64 # 24-27 Barrio Palogrande -Manizales **Teléfono**: 606 8912229 **Correo**: citosaludcalidad@gmail.com
FORMA DE PAGO	**Pago retrospectivo. Modalidad de pago posterior al proceso de atención (Decreto 441/2022 art 2.5.3.4.1.3)** El pago es por evento -- retrospectiva, en la cual la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, reconoce y paga al prestador o proveedor cada servicio o tecnología efectivamente prestado, previa facturación y validación, conforme a tarifas y condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades.  Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta que el CONTRATISTA designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, en caso de requerir una modificación del cambio de la cuenta para abono de los pagos de realizar por medio de aviso escrito al responsable de pago con no menos de treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la Firma Contratista. El pago por la prestación de los servicios objeto del contrato se efectuará en pagos parciales en moneda legal colombiana dentro de los (60) días calendario siguientes a la radicación de la respectiva factura en la ventanilla de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N3, junto con los documentos requeridos para el pago, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC). La Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 como agente retenedor efectuara las retenciones pertinentes conforme lo establecido en el estatuto tributario u otras normas que lo regulen (Retención en la fuente, Retención en la fuente por IVA, Retención del impuesto de industria y comercio y Sobretasa bomberil).

LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

La facturación electrónica debe cumplir los requisitos establecidos en los artículos 511, 615, 616-1, 616-2, 616-4, 617, 618, 618-2, y 771-2 del Estatuto Tributario.

Así mismo dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-042 del 26-12-2023 de asunto Sistema Facturación Electrónica del SIIF NACIÓN, notifica "*el proceso de emisión y recepción de factura electrónica de venta, cambia su modo de operación y pasa de "Proveedor tecnológico" a "Software propio", es decir, que a partir de ésta fecha todo el proceso de generación, transmisión, validación, expedición y recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito, notas crédito y demás instrumentos electrónicos que se deriven de la factura electrónica de venta con validación previa a su expedición pasará a ser asumido en su totalidad por el SIIF Nación*" y demás disposiciones normativas que modifiquen, adicione o derogue.

El contratista está obligado a facturar electrónicamente (personas jurídicas y personas naturales incluyendo la prestación de servicios profesionales) deben parametrizar con su operador electrónico de facturación los datos del emisor, datos del adquiriente y notas finales; así mismo, establecer, que todas las facturas a nombre de Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, se direccionen al buzón dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público al siguiente correo electrónico siifnacion.facturacionelectronica@minhacienda.gov.co toda vez que será el Ministerio de Hacienda - SIIF NACIÓN quien centraliza su recepción y gestione el envío a cada supervisor a través "Software propio" validación previa a su expedición pasará a ser asumido en su totalidad por el SIIF Nación.

RAZÓN SOCIAL: **REGIONAL E ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**
NIT No.: **900.339-410-8**
DIRECCIÓN: **Calle 94 Sector la Villa frente Expo Futuro**
CORREO ELECTRÓNICO CLIENTE: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Código PCI: 16-01-02-040

GUÍA GESTIÓN DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS EN EL PROCESO DE RECEPCIÓN DEL SISTEMA DE FACTURA ELECTRÓNICA – SIIF NACIÓN DE FECHA 16-12-2023 VERSIÓN 1.0, emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, informa que a la Administración del SIIF Nación implementó el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito 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. Para 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, por tanto, 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.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MULTIUSUARIO

Este tipo de factura permite registrar a múltiples usuarios, Este tipo de factura se puede utilizar en la facturación de modalidades de pago agrupadas (capitación, PGP, etc.) o en modalidades de pago por evento o paquete, en la medida en que el facturador electrónico del sector salud requiera agrupar usuarios atendidos. En todo caso, todos los usuarios

incluidos en esta factura deben corresponder al mismo plan y a la misma modalidad de pago.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MONOUSUARIO

Este tipo de factura permite realizar el cobro de la atención de una sola persona. Estas facturas se utilizan para modalidades de pago por evento o paquete, particularmente en los casos de atenciones hospitalarias, ambulatorias o con internación.

La FEV en salud, ya sea multiusuario o monousuario, permite registrar una fecha de inicio y una fecha de fin del periodo de facturación, la cual debe diligenciarse de acuerdo con las necesidades del facturador electrónico y la modalidad de pago utilizada, permitiéndose facturar periodos diarios, semanales o mensuales. La FEV en salud, atendiendo la obligación de la DIAN de adelantar el proceso de facturación una vez realizada la entrega del bien o servicio.

Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores. Los facturadores electrónicos del sector salud disponen de veintidós (22) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición de la factura electrónica de venta con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes determinados en el acuerdo de voluntades, sin sobrepasar el listado máximo definido en la normatividad vigente.

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

Los facturadores electrónicos del sector salud deben reportar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de todas las atenciones de salud realizadas como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN),

Los facturadores electrónicos del sector salud deben:

- Generar, validar y reportar el RIPS como soporte obligatorio de la factura electrónica en salud (FEV).
- Garantizar que el RIPS cumpla con las reglas de estructura, contenido y relación definidas en los documentos técnicos.
- Someter el RIPS y la factura al mecanismo único de validación del Ministerio, previo a su radicación ante los pagadores.
- Obtener el Código Único de Validación (CUV), para que las facturas puedan ser tramitadas y pagadas, según las disposiciones normativas del Minsalud
- Transmitir la información al Ministerio y asegurar la calidad, consistencia, integridad y trazabilidad de los datos.
- Ajustar y actualizar el RIPS cuando existan notas crédito, débito o respuestas a glosas.

RADICACIÓN DE CUENTAS

En atención a las instrucciones impartidas por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en cumplimiento a lo dispuesto en las resoluciones 2275 y 2284 de 2023 del

	ministerio de salud y protección social) y con el fin de facilitar el proceso de auditoría en el sector salud , se hace necesario estandarizar el envío y recepción de forma digital o electrónica de los soportes de cobro de la prestación de servicios y la provisión de tecnologías en salud, así como el registro de las transacciones mediante el uso de los medios tecnológicos, tal como lo dispuso en los artículos 2.5.3.4.8.2 y 2.5.3.4.8.3 del Decreto 780 de 2016 relativo a los canales de relacionamiento y a los mecanismos de entrega y actualización de información. Razón por la cual, se dispone del correo electrónico decal.upres-json@policia.gov.co con el fin de recepcionar los archivos planos por parte de las entidades correspondiente a radicación de facturas con todos sus soportes, los cuales deberán ser cargados a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 3, NIT 900339410, en formato JSON (JavaScript Object Notation. El correo antes relacionado será única y exclusivamente para el envío de la información solicitada, el cual estará habilitado de manera temporal mientras se dispone del software completo para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el ministerio de salud y protección social. **PLATAFORMA SECOP II:** deberá cargar las respectivas facturas en la plataforma en el punto 7-EJECUCIÓN DEL CONTRATO, "Plan de Pagos", con el fin de ser verificada por el supervisor del contrato, aprobada y posteriormente realizar el pago respectivo. a) Información requerida de manera física: ✓ Factura original electrónica. Validación Previa: La factura debe ser enviada a la DIAN para su validación antes de la entrega a la entidad responsable del pago. Las facturas deben cumplir con el formato XML y asegurar la trazabilidad financiera del servicio prestado, indicando el tipo de contratación (evento, paquete, etc.) ✓ Certificación aportes parafiscales de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda ✓ Entrada de almacén en caso de tratarse de una adquisición de bienes. ✓ Certificación bancaria no superior a 30 días. ✓ Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT no superior a 90 días. ✓ Fotocopia cédula representante legal. La atención y la radicación de manera física se realizará en las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Caldas ubicada Calle 67 con carrera 17 esquina, contiguo Escuela de Carabineros Alejandro Gutiérrez oficina central de cuenta UPRES CALDAS, únicamente con los soportes físicos establecidos en el literal a) Información requerida de manera física en horario con atención al público de lunes a viernes de 08 de la mañana a 11:30 horas y de 02:00 PM a 05:30 PM, donde se asignará un número de radicación de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "*Derecho a Turno*". b) Información requerida de forma magnética en herramientas tecnológicas Soportes pactados en la minuta contractual y los establecidos en la Resolución 2335 del 2023 "*Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones*", como son:

- ✓ Las autorizaciones.
- ✓ Epicrisis.
- ✓ Resultados de exámenes de apoyo diagnóstico, registro de anestesia, hoja de traslado, formulas médicas entre otros.
- ✓ RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud).

PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA LA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO A SATISFACCIÓN): Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, y realizada la revisión por parte del supervisor del contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes a la central de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.
Al momento de la radicación se generará el número único de radicación informando al facturador electrónico del sector salud conforme con el mecanismo establecido por las partes y al Ministerio de Salud y Protección Social a través del módulo FEV-RIPS del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1962 de 2025 expedida por esté Ministerio.

AUDITORIA DE CUENTAS:

El grupo de auditoria medica verificara el 100% de las facturas radicadas, en el mes con sus respectivos soportes. siempre y cuando se cumplan los tiempos de radicación. de conformidad con lo establecido en la Resolución 2335 de 2023. y el Decreto 441 de 2022 MINSALUD y demás normas aplicables o la norma que la adicione. modifique o sustituya. Igualmente, la oficina de auditoria medica revisara lo establecido en la Ley 1438 de 2011. Vigente:

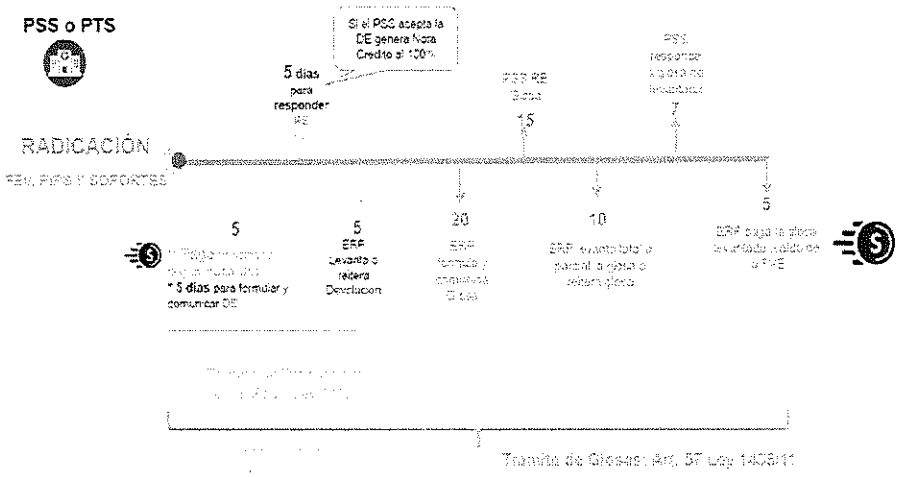
"Articulo 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes. formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura. con base en 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".

"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.

	Adicionalmente la guía refiere lo siguiente: **Tiempos trámite de devoluciones y glosas**  **PLATAFORMA SECOP II:** El contratista a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar las respectivas facturas en la plataforma en el punto 7-EJECUCIÓN DEL CONTRATO, "Plan de Pagos", con el fin de ser verificada por el supervisor del contrato, aprobada y posteriormente realizar el pago respectivo. **NOMBRE BENEFICIARIO:** LABORATORIO DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA CITOSALUD S.A.S **BANCO:** BANCO CAJA SOCIAL **TIPO DE CUENTA:** CORRIENTE **NÚMERO DE CUENTA:** 21002308923
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.	Las contempladas en el ANEXO No 1
GARANTÍA ÚNICA	GARANTIA ÚNICA - Con el objeto de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones, el CONTRATISTA se compromete a suscribir a favor del CONTRATANTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. NIT 900.339.410-8**, la Garantía Única, cuyo objeto será respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surjan del Contrato incluyendo en ellas el pago de multas y Clausula Penal Pecuniaria. Esta Garantía consistirá en cualquier clase de garantía según lo establecido en el Decreto 1082 de 2015 o una Póliza expedida por Compañía de Seguros o Entidad Bancaria legalmente establecida en Colombia, las pólizas matrices se encuentren aprobadas por la Superintendencia Financiera, la cual deberá presentarse dentro de los Tres (3) días hábiles, siguientes a la notificación de la aceptación de oferta y deben mantenerse vigente durante la vida y liquidación de la misma. Dicha garantía debe cubrir los siguientes riesgos: 1. **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**: Estimación del riesgo por 20% del valor del contrato, que cubra el **término de la vigencia** incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar. 2. **DE CALIDAD DEL SERVICIO:** Estimación del riesgo por 50% del valor del contrato, que cubra el término de la vigencia del contrato y por **(1) un año más** incluyendo sus prórrogas si a ello hubiere lugar. 3. **NO PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES:** Estimación del riesgo por 5% del valor del contrato, que cubra el término de la vigencia del contrato y

	tres (3) años más incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar. 4. **RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS – HOSPITALES:** asegurado por los perjuicios causados a terceros derivada de la posesión y el uso de los aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapéuticos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica, la cobertura cubre también la responsabilidad civil extracontractual del asegurado por daños materiales o daños personales, se ampara también los daños ocurridos como consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales médicos, quirúrgicos o dentales, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestación del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisión directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes, ampara igualmente, los gastos judiciales y/o gastos de defensa sublimitado al 10% del valor asegurado de la póliza en el agregado vigencia no podrá ser inferior a doscientos salarios mínimos legales vigentes (200 SMLMV) al momento de la expedición de la póliza, para aquellos contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500 SMLMV),, y deberá extenderse con un término igual a la ejecución del contrato. (se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y EL ASEGURADO REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3, CON EL NIT 900.339.410-8 // beneficiarios: terceros afectados) **NOTA 1**: si llegado el caso el contratista, aporta la póliza global o anual, esta se debe **ENDOSAR**, lo que significa que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.3, es **ASEGURADO ADICIONAL, DURANTE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO CONTRATADO**, igualmente para que la póliza global sea aceptada debe cumplir el plazo y los amparos solicitados por la RASES No 3. **NOTA 2:** en caso de que el contratista, mediante escrito debidamente motivado, demuestre dificultades técnicas, económicas o legales para adquirir o endosar una póliza específica de responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales, podrá presentar un certificado expedido por la aseguradora de su póliza global, siempre que: A) el certificado indique expresamente que la póliza global cubre el contrato objeto de esta contratación, incluyendo el número de contrato. B) la póliza global tenga un valor asegurado mínimo de 200 smmlv, sin deducibles que afecten la suficiencia de la cobertura. C) la póliza incluya cubra los riesgos derivados de la responsabilidad civil profesional en el marco de la prestación del servicio contratado. D) se adjunte copia del clausulado completo de la póliza, incluyendo condiciones generales, particulares, exclusiones y vigencia. En ningún caso la presentación de la póliza global exonerará al contratista de su responsabilidad frente a siniestros o daños derivados del contrato, los cuales deberán ser cubiertos conforme al valor asegurado exigido.
MULTAS Y CLAUSULAS PENAL PECUNIARIA	a) MULTAS: En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al CONTRATISTA salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del Artículo 1° de la Ley 95 de 1890 las partes acuerdan que EL CONTRATANTE, mediante acto administrativo, afectará al CONTRATISTA con Multas cuyo valor se liquidará con base en cero punto cinco por ciento (0.5%) sobre el valor de lo no entregado por cada día de retardo hasta por un plazo de quince (15) días calendario, que se descontara del saldo que le adeude la Entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo motivado, en

	el que se expresará las causas que dieron lugar a ella. b). MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN: Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, y/o alguno de los requisitos de legalización, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 DE LA POLICÍA NACIONAL podrá mediante acto administrativo afectar al CONTRATISTA con multa, cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días. c). PENAL PECUNIARIA. En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, EL CONTRATISTA pagará a la Regional de Aseguramiento en Salud No.3, a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) de la presente cláusula. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial pero no definitivo de los perjuicios que cause a la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 No obstante, la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato. PARAGRAFO- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS: Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, el CONTRATISTA dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el CONTRATISTA dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme fa resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del CONTRATISTA si los hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva.
NOTIFICACIONES	El contratista acepta ser notificado por medio electrónico según lo señalado en el artículo 67 de la ley 1437 de 2011
DOCUMENTOS	Los documentos que a continuación se relacionan, se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: Estudios y Documentos Previos, invitación pública a presentar oferta al **PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 038 2026**, Oferta del Contratista, Informe de Evaluación, y Contrato.
CADUCIDAD ADMINISTRATIVA	Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 Decreto 1082 de 2015 y Ley 1474 de 2011. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y el CONTRATISTA no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. Regional de Aseguramiento en Salud No.3, hará efectivo el valor de la pena pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación, el CONTRATISTA devolverá a la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de los servicios prestados por aquel y recibidos a satisfacción por la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 de conformidad con lo establecido en la cláusula primera del presente contrato. En el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar o las indemnizaciones a cargo de la Regional de Aseguramiento en

	Salud No.3, si a esto hubiere lugar, y la fecha de pago.
MONEDA DEL CONTRATO.	Pesos colombianos.
VIGENCIA.	La Vigencia del presente contrato será de cuatro (04) meses adicionales al plazo de ejecución establecidos en la cláusula segunda, los cuales serán únicamente para efectos de liquidar el contrato de conformidad con el artículo 11 de la ley 1150 del 2007.
LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN	Para su legalización se requerirá que se efectué el correspondiente Registro Presupuestal y para su ejecución, la aprobación por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 del mecanismo de cobertura de riesgos, y la presentación de la Certificación de pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales, de se aplicará lo contenido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

LA POLICÍA NACIONAL.

Mayor **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3 (E)

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
ELABORADO POR:	Analista de Contratos	SI. Leonela Trejos Velasquez	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Grupo Contratos RASES N° 3	CT. Gustavo Andrés Narváez Arteaga	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Área Administrativa RASES N°3	MU. Camilo Andrés Barón Trujillo	
REVISADO PARA FIRMA POR	Abogado RASES N°3	CPS. Nelson Raúl Figueroa Peñaloza	

ANEXO N° 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO INCLUIDO IVA
1	702203	COLPOSCOPIA	1	$84,503
2	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	1	$62,652
3	908892	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO VPH GENOTIPO	1	$188,816
4	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO CERVICOVAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	1	$22,613

ANEXO N°2

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO
1	Con el propósito de asegurar el cumplimiento de los criterios técnicos, económicos y legales del presente acuerdo de voluntades, el Supervisor realizara reuniones de seguimiento (cada tres meses o según la necesidad) con el Contratista. A dichas sesiones puede asistir el jefe de la Unidad Prestadora de Salud, el responsable de la Oficina de Atención al Usuario y los delegados de las áreas técnicas o económicas necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. Durante estas reuniones se abordarán, temas como: ➢ **Indicadores**: Verificación del cumplimiento de los indicadores pactados. ➢ **Operación**: Evaluación de los procesos de autorización, referencia y contrarreferencia, asegurando la eliminación de barreras de acceso según lo definido en el acuerdo de voluntades. ➢ **Criterios Técnicos**: Revisión de las condiciones definidas en el Anexo 2.1. ➢ **Análisis Financiero:** proceso de radicación de facturas, estado de glosas y flujo de pagos, conforme a los plazos establecidos y/o las normas concordantes. ➢ **Ejecución Contractual**: Balance del consumo presupuestal y otros aspectos necesarios para la correcta prestación de servicios y tecnologías en salud. ➢ **Documentos**: Si llegado el caso, dentro de la verificación que realiza el supervisor se requiere algún documento, el contratista debe suministrar la información o documentación. Si existen alguna reserva legal se debe comunicar mediante escrito. ➢ **Evaluación y Planes de Mejora**: Según la novedad establecer planes de mejora cuando los resultados del seguimiento lo ameriten. Dichos compromisos deberán quedar consignados expresamente en el acta de la reunión, la cual servirá de soporte para el seguimiento de su cumplimiento. **Nota: se levantará un acta de los temas tratados con el soporte de asistencia, este documento el supervisor la publicará en el SECOP II – ejecución del contrato.**
2	Si llegado el caso, por orden judicial o por decisión del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud (EIPS) de la Dirección de Sanidad, se ordena de forma ambulatoria un servicio o una tecnología que no se encuentre pactado en el contrato, este podrá ser prestado, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: ➢ Que exista un estudio de mercado o de tarifas que acredite que el valor del servicio o de la

	tecnología se encuentra acorde con las condiciones del mercado. ➢ Que la IPS contratada se encuentre debidamente habilitada para la prestación del servicio o la tecnología ordenada. ➢ Que el servicio o la tecnología cuente con autorización previa de la Oficina de Referencia de la Unidad Prestadora de Salud.
3	Los servicios se prestarán durante la ejecución del contrato conforme al portafolio, pliegos y oferta; alineados con protocolos y guías técnico-científicas, el Acuerdo 093 de 2025 (Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial) y el Modelo de Atención (MATIS). Igualmente se aplicarán los atributos de calidad (oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficacia) y las buenas prácticas; todo bajo el principio pro homine, privilegiando la interpretación más favorable al derecho a la salud. **Nota:** Teniendo en cuenta lo anterior y con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud a todos los usuarios de las Unidades Prestadoras que conforman la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, cuando se requiera la prestación de un servicio a un usuario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, este se realizará sin restricción en la cobertura del objeto contractual, previa verificación y autorización de la referencia correspondiente. El supervisor o referencia de la unidad, pueden solicitar el modelo de prestación de servicios de salud o remitir el (MATIS), de la Policía Nacional
4	Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad de la IPS, 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 o acción médica". "Por lo anterior 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, en el formato (3ss - fr – 006)" reporte de incidentes y eventos adversos, este reporte se enviará al supervisor del contrato y la Unidad Prestadora de salud, quienes tramitaran a la oficina de la garantía de la calidad para la verificación de la situación. ➢ **El contratista debe aplicar el protocolo o ruta de manejo de eventos adversos**
5	Todas las atenciones, se realizarán de acuerdo con la orden médica que especifique la ayuda diagnóstica y/o terapéutica y/o el procedimiento a realizar, incluyendo el CUPS del servicio, el diagnóstico, con el soporte de historia clínica y con la autorización del módulo SISAP expedida por referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud. Cuando existan dudas sobre la autorización (p. ej., códigos CUPS, servicio autorizado, validez), la IPS contratada deberá analizar la información y contactara de inmediato al área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud. **El usuario deberá presentar su documento de identificación (cedula, tarjeta identidad, NUIP, ect) al momento de tomar los servicios**.
6	El contratista garantizará que los materiales especiales y/o los equipos vinculados al objeto del contrato cuenten con mantenimientos vigentes, hojas de vida actualizadas, así como con las licencias y permisos expedidos por la autoridad competente. En caso de que se presenten fallas en los equipos que afecten la oportunidad en la atención, el contratista informará de manera inmediata al supervisor del contrato, en caso de no contar con una sede alterna, deberá presentar dentro de las 24 horas siguientes a la novedad, al supervisor una propuesta de alianza debidamente habilitada que garantice la continuidad en la prestación de los servicios de salud; igualmente, cuando la afectación en la oportunidad del servicio se origine por falta de talento humano o habilitación del servicio, dicha situación deberá tramitarse bajo las mismas condiciones aquí establecidas.
7	**EXPERIENCIA NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL. El contratista** garantiza que para la ejecución del objeto contractual dispondrá del talento humano necesario y la experiencia necesaria, suficiente, además deberá cumplir con la totalidad de los requisitos exigidos por el Estado Colombiano para el ejercicio de su profesión u oficio.

	En particular, el contratista asegura que todo su personal se encuentra inscrito y habilitado en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), conforme a la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 (reglamenta el Registro Único Nacional y la identificación única del Talento Humano en Salud). Asimismo, deberá cumplir con las normas de actualización y recertificación expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Nota: Según la complejidad de los servicios, el contratista se compromete que los profesionales en salud se encuentren debidamente certificados (Reanimación avanzada (ACLS) y/o certificado de reanimación cardiopulmonar (RCP)), en caso que aplique.
8	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El contratista cumplirá con los estándares de calidad, así mismo deberá contar con la Constancia de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente al momento de la presentación su propuesta y si dentro del proceso contractual vence se debe actualizar. según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 "*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*". y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen. Igualmente, el **contratista,** debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "...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..."
9	El contratista asigna un funcionario, quien revisara y vigilara la ejecución del contrato, solucionando los inconvenientes que se presenten e igualmente comunicara al supervisor del contrato cuando se ha ejecutado (70%) del contrato. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Nombre: MONICA ALEJANDRA LOPEZ ARIAS Teléfonos: 3006104726 Correo electrónico: citosaludcalidad@gmail.com
10	El contratista debe designar un profesional, quien tendrá una comunicación constante con los funcionarios de la unidad prestadora de salud, con el objetivo de asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS, estos requerimientos deben ser tramitados por el contratista en un término de no superior de 24 horas o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Nombre: MONICA ALEJANDRA LOPEZ ARIAS Cargo: ADMINISTRADORA Teléfonos: 3006104726 Correo electrónico: citosaludcalidad@gmail.com
11	De acuerdo a la conducta medica expedida por La Regional de Aseguramiento en Salud N°3 o red externa, debe ser realizada por el especialista indicado, queda totalmente prohibido que la conducta sea realizada por otra especialidad o por estudiantes, de no cumplir a cabalidad con la presente condición, será objeto de glosa.
12	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 NO reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el contratista debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo. Estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considera costos adicionales, los cuales deberán sostener durante el plazo de ejecución del contrato.
13	Cuando se requieran conceptos de médicos especialistas para el proceso MEDICINA LABORAL, el contratista debe tener presente los siguientes criterios: 1) Especificar la fecha de su emisión. 2) El especialista debe firmar y sellar el concepto. El sello debe incluir la siguiente información:

	Nombre del profesional que emite el concepto, número del registro médico 3) Se deberá garantizar que los especialistas, según su competencia, emitan y diligencien el concepto médico laboral en el formato establecido por el contratante. 4) Lo anterior teniendo en cuenta que el Subsistema de Salud de la Policía Nacional por su excepción en el régimen de salud tiene establecido el PROCESO ADMINISTRACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD MÉDICO LABORAL, responsable de evaluar la capacidad psicofísica y la disminución de la capacidad laboral y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, al personal uniformado, Alumnos de las Escuelas de Formación y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, que cumplan las causales de convocatoria a Junta Médico Laboral. 5) Dentro del concepto médico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral, pues, ello es competencia de la autoridad médico laboral de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, 6) La responsabilidad del Galeno que suscriba el respectivo concepto médico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente: ❖ Diagnóstico ❖ Tratamiento realizado ❖ Secuelas de las lesiones o afecciones que presente el Usuario
14	El contratista se compromete a presentar, junto con las facturas, LOS RIPS, la información estadística mensual, en un archivo plano, el cual debe venir en medio magnético e impreso, que contenga la siguiente información: Número del consecutivo, Apellidos y Nombres, Numero de Identificación, Edad del Usuario, fecha del Servicio, Diagnóstico con CIE 10, código del procedimiento, Nombre del Procedimiento o estudio realizado, valor del procedimiento, servicio solicitado. Esta debe entregarse los diez (10) primeros días hábiles de cada mes o cuando se soliciten cortes parciales. El presente informe para todos los efectos, hace parte integral de los soportes de la factura.
15	Teniendo en cuenta que el presente proceso estima la contratación de servicios de acuerdo a la demanda y necesidad de la población de usuarios y beneficiarios de la **Unidad Prestadora de Salud Caldas**, y teniendo en cuenta lo estipulado en el acuerdo No.093 del 08 de octubre de 2025 "Por la cual se establece el Plan De Servicios y Tecnologías en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (PSTS)", en el momento que se requiera un servicio diferente a los contratados, este se llevará a cabo bajo cotización, previa coordinación y acuerdo de las partes
16	Para una atención integral y eficiente a los usuarios de la Dirección de Sanidad – Regional de Aseguramiento en Salud N°3, EL CONTRATISTA utilizara la siguiente información para la ejecución del contrato: •Horarios de Atención: Lunes a Viernes 7:30am a 5:30pm Jornada continua, Sábados 8:00am a 12:00am **•Modalidad para la asignación de citas:** Telefónica: 8912229 Presencial: Calle 64 # 24-27 WhatsApp No Aplica correo electrónico: citosaludcalidad@gmail.com página web: No Aplica •Notificación de citas o recordatorios SI X NO ___ **•Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos:** Telefónica: 8912229

	Presencial: Calle 64 # 24-27 WhatsApp No Aplica correo electrónico: citosaludcalidad@gmail.com página web: www.citosalud.com **•Entrega de resultados:** Telefónica: No Aplica Presencial: Calle 64 # 24-27 WhatsApp No Aplica correo electrónico: citosaludcalidad@gmail.com página web: www.citosalud.com **•Dirección y teléfonos para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias:** Telefónica: 8912229 - 3006104726 Presencial: Calle 64 # 24-27 WhatsApp: 3006104726 correo electrónico: citosaludcalidad@gmail.com **NOTA 1:** el contratista debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio (Decreto 441 de 2022 - Artículo 2.5.3.4.2.1) **NOTA 2:** Si el contratista realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS	
17	Mujeres de SSPN entre 20 y 69 años, sin antecedentes de patología cervical, se realizará toma y lectura de citología cérvico uterina convencional en esquema 1-1-3, la diferencia entre primera y segunda toma de citología cérvico uterina es de 1 año, si el reporte de estas citologías es negativo para lesión de células epiteliales o glandulares cervicales, se debe continuar con citología cada tres años si continúa siendo el reporte negativo. Las usuarias con edades comprendidas de 30 a 65 años, se les tomara muestra para citología vaginal y para tipificación de VPH, si presentan resultado positivo para VPH se procesará citología cérvico uterina. Cabe anotar que el esquema convencional para la toma de tipificación de VPH es 1-5-5 en las edades comprendidas entre 30 a 65 años. Por otro lado, ante resultados de VPH positivo y citología de triage negativa la prueba de VPH se repetirá en 18 meses nuevamente. Para la aplicación del paquete integral promoción, prevención y detección precoz de cáncer de cuello uterino, se requiere orden de profesional de salud adscrito a SSPN, se accede al servicio por inducción a la demanda que se realizara en los Establecimientos de Sanidad Policial. No aplica el paquete para pacientes con antecedente de colposcopia biopsia positiva para lesión pre neoplásica o neoplásica de cuello uterino a quienes se les realizo manejo con Crioterapia, Cauterización, Vaporización, Aplicación de Ácido Tricloro acético (ATA 80%), Conización, Histerectomía parcial o total, estas pacientes requieren citología cérvico uterina de control periódico estricto de acuerdo a indicación médica. Se excluye de tamizaje a las pacientes con antecedente de histerectomía uterina indicada patología Benigna (miomatosis
18	El contratista debe estar en la capacidad de realizar la prestación del servicio, para la realización de los procedimientos descritos en el objeto del presente proceso, garantizando la disponibilidad del personal debidamente entrenado para desarrollar el objeto contractual, enmarcados dentro de lo establecido en los parámetros de la Resolución 3100 de 2019. Igualmente, que se encuentra debidamente habilitado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, lo cual es requisito mínimo para poder prestar cualquier servicio de salud en la ciudad de Manizales (anexar certificación de habilitación). En el caso de que la entidad procese y de lectura a las muestras tomadas en sede de la misma en otras ciudades (no alianzas estratégicas) deberá anexar documento debidamente

	firmado por representante legal que certifique que el procesamiento y lectura de muestras de acuerdo al objeto del contrato se realizarán en laboratorios de la entidad en los tiempos establecidos para entrega de resultados y anexar las constancias de habilitación de las sedes en los cuales se trasladarían las muestras. Así mismo, no genera ningún costo al usuario o la regional, además el contratista debe garantizar el cumplimiento de las siguientes condiciones: ✓ Instalaciones y Consultorios Médicos dotado con los requisitos mínimos para el cumplimiento del contrato, certificado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas para la toma de muestras a las usuarias; para el procesamiento y lectura de citología cérvico uterina con sedes de la misma entidad en otras ciudades. ✓ La unidad de diagnóstico, debe contar con los insumos y equipamiento necesario para una valoración integral de las pacientes, consultorios para la toma de citología cérvico uterina que garantizan la privacidad de los servicios de prevención y detección temprana del cáncer cuello uterino ✓ Laboratorio de citologías cérvico uterinas con ambientes para batería de coloración y microscopia. Material desechable necesario para realizar la toma de citologías cérvico uterinas a contratar, se organizara kit individuales de material requerido por usuaria con: Cito cepillo endocervical, espátula de Ayre, Especulo desechable Talia M o Estándar; articulado de un solo cuerpo, Lámina Porta objetos, "Par" de guantes de látex desechables, campo quirúrgico aislante, Hoja de reporte de citología cérvico uterina por cada usuaria con Formato de la Dirección de Sanidad, además cito fijador, lápiz de esmeril. ✓ Prestar el servicio paquete integral de prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino que incluye: toma y lectura de citología cérvico uterina convencional, entrega de reporte a los 10 días hábiles después de la toma de la citología y 15 días hábiles para resultados de VPH, control de calidad interno con segunda lectura realizado por médico patólogo al 10% de las citologías con reporte negativos para lesión de células epiteliales o glandulares cervicales y al 100% de las citologías con reporte positivos para lesión de células epiteliales o glandulares cervicales, entrega mensual de base de datos generados en la toma y lectura de citología cérvico uterina estipulados por la dirección de sanidad.
19	CONTRATISTA debe habilitar líneas telefónicas mínimo de lunes a viernes en jornada laboral, y sábados medio día, disponibles para la inscripción y resolución de dudas por parte de las usuarias
20	Al entregar el sobre a la paciente con el reporte de citología uterina negativo para lesión epitelial o glandular, realizar las recomendaciones para: continuar en esquema de tamización 1-1-3, prevención de infección por VPH, derechos sexuales y reproductivos y entregar el reporte a médico de Entidad de Sanidad Policial donde es atendida habitualmente, quien realizara registro de reporte y recomendaciones
21	Las pacientes con reporte positivo para lesión epitelial o glandular deben ser contactada con el coordinador de programa de promoción y prevención de cáncer de cuello uterino de la Unidad Sanidad Policial, quien realizara la gestión prioritaria para asignación de consulta programada con Ginecólogo colposcopia, para que sea valorada y se defina manejo y o tratamiento la relación de pacientes con reporte de citologías positivo para lesión epitelial o glandular con Documento de identidad, edad, Ciudad de residencia, Resultado en Clasificación Bethesda e informarla a líder del programa a nivel central dentro de las dos semanas siguientes luego de obtener el resultado de todas Unidades de Sanidad Policial objeto del tamizaje
22	Elaborar cronograma de actividad trimestral para ser presentado a la Jefatura del Área Gestión de Servicios en Salud a nivel central durante los primeros 15 días calendario del contrato, para verificación de cumplimiento en la Jefatura del Grupo Asistencial de la Unidad Prestadora de Salud Caldas.
23	Realizar la Inscripción de usuarias: de acuerdo con los cronogramas planeados, el contratista realizará coordinación con la Jefatura del Grupo Prestador de Atención en Salud de la UPRES Caldas y el coordinador de Promoción de cada Establecimiento de Sanidad Policial para la inscripción de las usuarias a quienes serán prestados los servicios
24	Verificar los derechos de Sanidad Policial a las usuarias inscritas: En el reporte de citología uterina

	se debe diligenciar EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA USUARIA", el reporte debe ser firmado por el profesional que realizó la lectura de citología uterina. Si el reporte es negativo para lesión epitelial o glandular y fue objeto de segunda lectura por control de calidad o es positivo para lesión epitelial o glandular debe estar Firmado por Médico Patólogo que realizo la segunda lectura con el reporte correspondiente.
25	Se realizará nueva toma de citología cérvico uterina cuando la lectura sea interpretada como muestra inadecuada (ausencia de material de zona de transformación) la frecuencia debe ser mínima. Las pacientes con antecedente de histerectomía que no conozcan la indicación de la misma se les podrá aplicar el paquete promoción, prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino y se debe registrar en reporte de citología el antecedente clínico para que se justifique la ausencia de células de la zona de transformación y la muestra no sea clasificada como inadecuada. • Si se obtiene un resultado negativo (no presencia del VPH o la presencia de un tipo de VPH de bajo riesgo) se debe realizar la prueba cada cinco años con el fin de reducir la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino invasivo. • Si se obtiene un resultado positivo (presencia de un tipo de VPH de alto riesgo) se debe realizar la citología cervicouterina para estudiar las células del cuello uterino y establecer si existe alguna lesión precancerosa. Y continuar con las recomendaciones dadas por el profesional de salud.
26	Las placas reportadas como positivas para lesión epitelial o glandular o muestra insatisfactoria. El reporte de citología debe registrar el resultado de la segunda lectura, debe identificar profesión, nombre, documento de identidad y firma de la profesional que la realiza.
27	Entregar los resultados de paquete integral de promoción, prevención y detección precoz de cáncer de cuello uterino DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA TOMA DE LA CITOLOGIA CÉRVICO UTERINO Y QUINCE (15) DIAS HABILES DESPUES DE LA TOMA DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO. Se entregará a cada usuaria en sobre debidamente marcado el formato de hoja de citología cérvico uterino con registro de esquema de tamización, antecedentes clínicos, observaciones de quien realiza la toma, interpretación de resultado de la citología, Recibo a satisfacción de la usuaria que debe ser firmado en el momento de la entrega de reporte.
28	En caso que la usuaria no reclame en los siguientes 15 días calendario el reporte de citología cérvico uterina, los mismos deberán ser remitidos a la Jefatura del Grupo Asistencial de la Unidad Prestadora de Salud Caldas en sobre sellado que podrá ser abierto por el Líder del Programa de Prevención y Detección temprana del cáncer de cuello uterino, quien conoce el procedimiento a seguir.
29	La interpretación de la lectura de placa de citología cérvico uterina se debe reportar con base a la clasificación Bethesda. ANORMALIDADES DE CELULAS EPITELIALES: Atipias en células escamosas significado indeterminado (ASC-US), Atipias en células escamosas significado indeterminado sugestivo de LIE de AG (ASC-H), Lesión intraepitelial escamosa bajo grado LEI-BG (cambios asociados a infección por VPH o displasia ligera (NIC I), Lesión intraepitelial escamosa alto grado o LEI-AG (NIC II, NIC III, Carcinoma in Situ), Lesión intraepitelial escamosa alto grado sospechoso de infiltración, Carcinoma escamocélular invasivo. ANORMALIDADES EN CELULAS GLANDULARES: Células endocervicales atípicas sin ningún otro significado, Células endometriales atípicas sin ningún otro significado, Células endocervicales atípicas sospechosas de malignidad, Células endometriales atípicas sospechosas de malignidad, Adenocarcinoma Endocervical in Situ, Adenocarcinoma endocervical, Adenocarcinoma endometrial, Otras neoplasias.
30	Se debe realizar segunda lectura por Médico Patólogo como control de calidad interno al 10% de las placas reportadas como negativas para lesión epitelial o glandular y al 100% de las citologías cérvico uterinas de tamizaje reportadas como positivas para lesión epitelial o glandular y las muestras reportadas como inadecuadas.

Anexo 2.1

DEMAS ASPECTOS TÉCNICOS DEL ACUERDO DE VOLUNTADES

DEFINICIÓN O CONTEXTO TÉCNICO

La prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino comprende el conjunto de acciones integrales orientadas a reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad mediante la identificación oportuna de lesiones precursoras y factores de riesgo, antes de que evolucionen a estadios invasivos. Se fundamenta en estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), tamizaje organizado de la población objetivo a través de colposcopia, estudios de coloración básica en biopsia, detección VPH y toma no quirúrgica de muestra o tejido cervicovaginal para estudio citológico con el fin de hacer detección temprana y prevenir la detección tardía del cáncer de cuello uterino.

Desde el enfoque técnico definido en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la Promoción y Mantenimiento de la Salud – Resolución 3280 de 2018, el tamizaje se realiza mediante pruebas como la detección de ADN del VPH, la citología cervical y, según el contexto clínico, la inspección visual con ácido acético (IVAA), este procedimiento está dirigido principalmente a zonas dispersas y de difícil acceso, donde se requiere facilitar estrategias de tamizaje oportuno y ampliar la cobertura en la detección temprana. las cuales permiten identificar alteraciones celulares o infección persistente por VPH de alto riesgo, principal causa del cáncer de cuello uterino.

Estas intervenciones están dirigidas principalmente a mujeres en edades de riesgo, garantizando acceso periódico al tamizaje, educación para el autocuidado, asesoría en salud sexual, seguimiento de resultados anormales y tratamiento de lesiones precursoras. Su implementación busca interrumpir la historia natural de la enfermedad, disminuir la progresión a cáncer invasivo y asegurar una atención continua, oportuna y de calidad, contribuyendo a la protección de la salud de la mujer a lo largo del curso de vida, situación por la cual se presenta la potencial población a riesgo objeto del presente contrato:

RELACIÓN POBLACIÓN OBJETO ENERO 2026

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DANE	GENERO	18 a 28 años Juventud	29 a 59 años Adultez	Mayor a 60 Vejez	Total general
2. CALDAS	AGUADAS	17013	F	2	15	3	41
2. CALDAS	ANSERMA	17042	F	5	19	25	99
2. CALDAS	ARANZAZU	17050	F	3	7	2	25
2. CALDAS	BELALCÁZAR	17088	F	3	5	1	12
2. CALDAS	CHINCHINÁ	17174	F	41	67	73	377
2. CALDAS	FILADELFIA	17272	F	5	11	10	47
2. CALDAS	LA MERCED	17388	F		5	5	18
2. CALDAS	MANIZALES	17001	F	413	1507	1090	5058
2. CALDAS	MANZANARES	17433	F	9	15	7	69
2. CALDAS	MARMATO	17442	F	1	3		8
2. CALDAS	MARQUETALIA	17444	F	4	8	3	27
2. CALDAS	MARULANDA	17446	F		3		5
2. CALDAS	NEIRA	17486	F	11	11	12	68
2. CALDAS	PÁCORA	17513	F	5	7	6	36
2. CALDAS	PALESTINA	17524	F	6	15	13	54
2. CALDAS	PENSILVANIA	17541	F	4	1	8	35
2. CALDAS	RIOSUCIO	17614	F	25	25	42	192
2. CALDAS	RISARALDA	17616	F	5	13	3	32
2. CALDAS	SALAMINA	17653	F	5	14	17	55
2. CALDAS	SAN JOSÉ	17665	F		4	2	9
2. CALDAS	SUPÍA	17777	F	3	9	19	77
2. CALDAS	VILLAMARÍA	17873	F	61	71	155	611

GESTIÓN DEL RIESGO PRIMARIO A CARGO DEL CONTRATISTA

Aportar al reconocimiento de las condiciones individuales relacionadas con el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, susceptibles de prevención y detección temprana, entendiendo su relación con determinantes sociales, culturales y de acceso a los servicios de salud, y articulándose con las acciones desarrolladas por la Unidad Prestadora de Salud Caldas orientadas al fortalecimiento del autocuidado, la educación en salud sexual y reproductiva y la promoción de prácticas protectoras.

Esta articulación favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo, la realización periódica de pruebas de tamizaje, el seguimiento adecuado de los resultados y el abordaje integral de las lesiones precursoras, contribuyendo a la oportunidad, continuidad e integralidad de la atención. Lo anterior, con el propósito de disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino, así como mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población femenina mediante intervenciones preventivas y de diagnóstico temprano a lo largo del curso de vida.

Caracterización y estimaciones de la población objeto

Para la medición y ejecución de las actividades contempladas en el contrato de promoción, prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino, se tendrá en cuenta la población femenina definida según los lineamientos de tamizaje vigentes:

Población objetivo principal (25 a 65 años)

Población en condiciones especiales (menores de 25 años o mayores de 65 años): Mujeres desde los 18 años y mayores de 65 años serán incluidas únicamente cuando presenten factores de riesgo, antecedentes clínicos relevantes o indicación médica específica

En la ejecución del contrato, EL CONTRATISTA deberá velar por el adecuado registro de las diferentes variables de identificación del usuario y de la prestación, que aportan a la caracterización de la población, tales como:

1. Características étnicas, identidad de género, víctimas de violencias y del conflicto armado.
2. Las variables del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud como soporte indispensable de facturación.
3. Variables de ubicación del usuario, tales como dirección de residencia, incluyendo barrio, localidad, teléfono de contacto del usuario o acudiente.
4. Las variables obligatorias de reporte de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Cuenta de Alto Costo (CAC), rutas de riesgos priorizadas a nivel territorial, Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), entre otras que correspondan con el proceso de atención.

Estimaciones de la población objeto

CENSO POBLACIONAL SEGÚN MOMENTO CURSO DE VIDA Y SEXO FEMENINO

TOP 10 SERVICIOS AUTORIZADOS POR CURSO DE VIDA

SERVICIO AUTORIZADO	Juventud (18 - 28)	Adultez (29 - 59)	Vejez (>60)	Total general
702203 -COLPOSCOPIA	10	137	30	177
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO CERVICOVAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	70	653	149	872
898101 -ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	6	101	15	122
908436 -DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	1	93	22	116
Fuente: Módulo autorizaciones Tableau Server 03/02/2026				

El análisis de los servicios autorizados muestra que la mayor parte de las atenciones corresponde a actividades de tamizaje para la detección temprana de cáncer de cuello uterino, especialmente la toma de citología cervicovaginal para enfermedades de alto costo, que concentra el mayor número de autorizaciones. La demanda se focaliza principalmente en mujeres en edad adulta (29 a 59 años), grupo priorizado por las guías de detección, lo que evidencia una adecuada orientación del programa hacia la población de mayor riesgo. Los procedimientos complementarios como colposcopia, biopsia, lectura de biopsia y detección de VPH guardan una proporción coherente con los hallazgos del tamizaje, reflejando continuidad diagnóstica y capacidad de seguimiento. La menor participación de los grupos jóvenes y mayores de 60 años responde a intervenciones realizadas bajo criterios clínicos específicos, en concordancia con los lineamientos técnicos.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD.

Se cuenta con el reporte de Cancer de cuello uterino de acuerdo a la cuenta de alto costo 2025:

Nombre de la neoplasia cáncer o tumor	Edad (años)	Descripción CIE-10
C531	36	Tumor maligno del endocérvix
C531	51	Tumor maligno del endocérvix
D061	39	Carcinoma in situ del exocérvix
D061	42	Carcinoma in situ del exocérvix
D061	40	Carcinoma in situ del exocérvix
D061	55	Carcinoma in situ del exocérvix
D061	55	Carcinoma in situ del exocérvix
D061	39	Carcinoma in situ del exocérvix
C530	56	Tumor maligno del exocérvix
C531	64	Tumor maligno del endocérvix
C531	56	Tumor maligno del endocérvix
D060	60	Carcinoma in situ del endocérvix
C531	59	Tumor maligno del endocérvix
C531	51	Tumor maligno del endocérvix
C531	42	Tumor maligno del endocérvix
C531	50	Tumor maligno del endocérvix
D060	31	Carcinoma in situ del endocérvix

De acuerdo con el reporte a la cuenta de alto costo revisado, se identificaron 17 casos de cáncer de cuello uterino, constituyéndose en un evento de importancia dentro del perfil de morbilidad femenina. Los registros evidencian la coexistencia de lesiones preinvasores (carcinoma in situ) y casos de neoplasia maligna invasora, lo que refleja diferentes momentos de la historia natural de la enfermedad dentro de la población atendida.

El 52,9 % de los casos corresponde a tumores malignos del cuello uterino (C53.0 y C53.1), con predominio del compromiso del endocérvix, hallazgo que suele asociarse a diagnósticos en fases más avanzadas y que demanda intervenciones terapéuticas de mayor complejidad. Por su parte, el 47,1 % restante se clasifica como carcinoma in situ (D06.0 y D06.1), considerado una lesión precursora altamente prevenible y tratable cuando es detectada oportunamente mediante estrategias de tamizaje.

La distribución etaria muestra que los casos se presentan entre los 31 y 64 años, con mayor concentración en mujeres de 50 a 59 años, grupo en el cual se acumula cerca de la mitad de los diagnósticos. En las mujeres menores de 40 años predominan las lesiones intraepiteliales, mientras que en edades mayores se

incrementan los casos invasores, patrón consistente con la progresión lenta del cáncer de cuello uterino y con fallas en la continuidad del seguimiento preventivo a lo largo del curso de vida.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que, aunque existen acciones de detección temprana, persisten brechas en el acceso, la adherencia al tamizaje y la oportunidad diagnóstica, lo que favorece la aparición de casos invasores en edades avanzadas. Lo anterior resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, demanda inducida, seguimiento a resultados anormales y continuidad en las Rutas Integrales de Atención en Salud, con énfasis en la detección temprana, el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y la reducción de la carga de enfermedad asociada al cáncer de cuello uterino.

Notificación eventos de interés en salud publica relacionados años 2025 fuente SIVIGILA:

CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	6

Durante el año 2025 se notificaron 6 casos relacionados con cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, eventos priorizados en salud pública por su alta carga de enfermedad, impacto en la mortalidad femenina y posibilidad de detección temprana mediante acciones de tamizaje.

La notificación de estos casos evidencia la presencia de patologías oncológicas prevenibles y controlables si se fortalecen las estrategias de promoción de la salud, la identificación oportuna de signos de alarma y la adherencia a los programas de detección temprana. Estos eventos requieren seguimiento continuo, asegurando la confirmación diagnóstica, el acceso oportuno al tratamiento y la articulación con las rutas integrales de atención, con el fin de reducir complicaciones, discapacidad y mortalidad asociada.

En este contexto, se hace necesario reforzar la demanda inducida para la realización de citología cervicouterina, así como las actividades educativas orientadas al autocuidado, la consulta temprana y la continuidad en los controles, contribuyendo a la disminución del riesgo y a la detección en estadios iniciales donde el pronóstico es más favorable.

CAUSAS DE MORTALIDAD DEPARTAMENTO DE CALDAS:

No se encuentran causas de mortalidad asociadas a cáncer de cuello uterino en el periodo analizado; sin embargo, se identifican defunciones relacionadas con otras neoplasias malignas de diferente localización, así como con patologías crónicas y eventos agudos que condicionaron el desenlace fatal.

Lo anterior sugiere la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de promoción, detección temprana y seguimiento de las mujeres tamizadas, garantizando la adherencia a las rutas integrales de atención, con el fin de mantener la baja mortalidad por esta causa y prevenir la progresión de lesiones precursoras a estadios invasores.

CAUSA BASICA DE MUERTE		SEGUNDA CAUSA		TERCERA CAUSA		ENFERMEDADES DE BASE	
ANOXIA HIPOXIA	1	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	1	ANEURISMA AORTA ABDOMINAL Y ARTERIAS ILIACAS	1	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO	1
CANCER DE MAMA, ESTADIO IV	1	ACIDOSIS METABOLICA SEVERA	1	ARTERIOESCLEROSIS CORONARIA CRONICA	1	ADENOCARCINOMA SEROSO MAL DIFERENCIADO DE ENDOMETRIO EC INICIAL IIA (T3A N0 M0)	1
CHOQUE CARDIOGENICO	5	ANEURISMA DE COMUNICANTE ANTERIOR	1	CANCER PANCREATITICO	1	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	1
CHOQUE HEMORRAGICO	1	ARRITMIA VENTRICULAR DE ALTO GRADO	1	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	1	DIABETES MELLITUS 2, HIPERTENSION ARTERIAL	1

CHOQUE HIPOXICO ISQUEMICO	1	CÁNCER DE PULMÓN	1	EDEMA PULMONAR DE PROBABLE ORIGEN NEFROGÉNICO	1	DIABETES MELLITUS INSULINO REQUIRIENTE	1
CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN BILIAR	1	CANCER DE VESICULA GILZON	1	ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA	1	DIABETES MELLITUS NO INSULINOREQUIRIENTE	1
CHOQUE SÉPTICO Y FALLA MULTIORGÁNICA	1	CARDIOANGIOESCLEROSIS	2	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO IV	1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	5
CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	1	CARDIOPATIA HIPERTENCIÓN ARTERIAL	1	ENFREMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO V	1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA OXIGENORREQUIRIENTE	2
COMPLICACIONES DE HISTOPLASMOSIS PLEUROPULMONAR	1	CHOQUE HIPOVOLEMICO HEMORRAGICO	1	EPILEPSIA	1	ENFERMEDAD RENAL AGUDA	1
EDEMA CEREBRAL	1	CHOQUE NEUROGENICO	1	EPOC EXACERBADO	1	FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE	1
FALLA RESPIRATORIA HIPOXEMICA	1	COLANGITIS GRAVE	1	FALLA CARDIACA STEVENSON C	1	HIPERTENSION ARTERIAL	7
FALLA VENTILATORIA	1	COLECCIÓN MEDIASTINAL Y BACTERIEMIA BACILOS GRAM NEGATIVOS	1	FIBRILACION AURICULAR	1	HIPOTIROIDISMO	1
HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS	1	DETERIORO NEUROLOGICO	1	FIBRILACIÓN AURICULAR	1	HISTOPLASMOSIS	1
HEMORRAGIA SUBARANOIDEA	1	EDEMA AGUDO PULMONAR	1	HEMATOMA SUBDURAL	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	1
HIPOXIA CEREBRAL	1	ENF PARKINSON	1	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS	1	SECUELA ENFERMEDAD CEREBROVASCULASR	1
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	6	ESTATUS CONVULSIVO	1	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	1	SÍNDROME MIELODISPLÁSICO DE ALTO RIESGO	1
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	5	EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	1	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	1	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	1
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE	1	FALLA CARDIACA	1	HERNIA GUINAL BILATERAL	1		
ISQUEMIA MIOCARDICA	1	FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA	1	HIPERTENSION ARTERIAL	1		
LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES ACTIVADO (NO CENTRO GERMINAL). COMPROMISO EXTENSO	1	FALLA CARDIACA CRONICA	1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2		
MUERTE SUBITA	1	FALLA CARDIACA CRÓNICA AGUDAMENTE DESCOMPENSADA CON FEVI DEPRIMIDA / NYHA IV	1	HIPRTENSION ARTERIAL	1		
MUERTE SÚBITA CARDIACA	1	FALLA VENTILATORIA TIPO I	1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1		
PANCREATITIS AGUDA SEVERA NECROTIZANTE	1	GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO?	1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1		
PARADA CARDIORRESPIRATORIA	1	HERNIA INGUINAL IZQUIERDA INCARCERADA	1	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	1		
PARO CARDIACO	1	HIPERTENSION ARTERIAL	1	ISQUEMIA MESENTERICA	1		

PARO CARDIORESPIRATORIO	7	HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA	1	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA PCR BCR/ABL	1		
SHOCK CARDIOGÉNICO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA	1	HISTOPLASMOSIS	1	MESOTELIOMA MALIGNO METASTASICO	1		
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	4	NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	4		
SHOCK NEUROGENICO	1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	2	NEUMONIA POR ASPIRACIÓN	1		
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA	1	INSUFICIENCIA RESPIATORIA	1	TRANSTORNO NEURODEGENERATIVO SEVERO	1		
TAQUICARDIA VENTRICULAR	1	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	2				
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	1	METASTASIS HEPATICA	1				
		NEUMONIA MULTILOBAL	1				
		NEUMONIA MULTILOBAR	1				
		PARO CARDIO RESPIRATORIO	1				
		RUPTURA VASCULAR	1				
		SANGRADO DIGESTIVO ALTO	1				
		SINDROME BRONCOASPIRATIVO	1				
		SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA	1				
		SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO	1				
		TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	1				
		TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON MALIGNO	1				
		TUMOR MALIGNO DE PANCREAS	1				

La utilización de servicios o tecnologías en salud objeto del presente contrato ha sido la siguiente (Frecuencia de uso):

FRECUENCIA DE USO	
SERVICIO PRESTADO	**CANTIDAD**
COLPOSCOPIA	93
DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANA REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	40
DETECCIÓN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	51
DETECCIÓN VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PRUEBAS DE ADN	1
ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO BASICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL MANUAL	1

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL MANUAL	17
ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	13
ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	26
ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	2
NO REGISTRA	10
PROCEDIMIENTO DX Y TTO - CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL (TOMA)	64
TOMA NO QUIRÚRGICA DE MUESTRA O TEJIDO CERVICOVAGINAL PARA ESTUDIO CITOLÓGICO	338
TOTAL GENERAL	656

FUENTE: Información suministrada oficina de auditoría de cuentas médicas UPRES CALDAS.

Identificación de nuevos riesgos en salud y canalización

Los siguientes riesgos (casos o eventos) detectados por parte del equipo de talento humano de EL CONTRATISTA, en la población del subsistema que le fue asignada o remitida, deberán ser notificados al supervisor del contrato y líder de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, para ser canalizados a la instancia indicada, independientemente de que su intervención haga parte integral del paquete de gestión de riesgo a cargo de EL CONTRATISTA, como se describe a continuación:

Una vez que la entidad y/o especialista efectúe la atención deberá contra referir el usuario hacía el profesional de puerta de entrada, a menos que sustente la necesidad de continuar en control con el mismo especialista o con una disciplina especializada diferente; para tales fines, deberá canalizar con la oficina de referencia y contrarreferencia para la autorización respectiva y posterior atención. Dado el caso de ser un riesgo que deba manejarse ambulatoriamente el usuario deberá radicar por los canales previstos institucionales (WEB: PORTAL DE SERVICIOS DE SALUD o presencial en oficina de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA) con el fin de que se entregue la autorización y así continuar trámite con la entidad contratada.

Riesgo (caso o eventos)	Conducta de notificación y canalización	
	Notificar a Líder de ruta: decal.espco-pym@policia.gov.co celular: 3505589318 y supervisor del contrato que sea designado por el ordenador del gasto	Remitir el paciente al siguiente prestador
Usuario con un nuevo riesgo identificado que requiere ser ingresado a Rutas Integrales de Atención en Salud	Dentro de los 7 días calendario siguientes y activación de ruta de atención	Decal.espco-pym@policia.gov.co celular: 3505589318
Dato crítico o resultado alterado en pruebas de tamizaje o estudios diagnósticos relacionados con cáncer de cuello uterino	Dentro de las 72 horas siguientes	Decal.espco-pym@policia.gov.co celular: 3505589318

En conjunto, la aplicación de estas conductas de notificación y canalización fortalece el modelo de referencia y contrarreferencia, garantiza el cumplimiento de la RIAS y de los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, y contribuye a la mitigación de riesgos clínicos, administrativos y contractuales en la prestación de los servicios del objeto contractual para la población adscrita a la UPRES CALDAS.

Para la gestión del riesgo primario Transferencia institucional y consulta de la información: No aplica teniendo en cuenta que estos servicios son electivos y la entidad no presta servicios de urgencias ni hospitalarios.

Procedimientos de referencia, contrarreferencia y autorizaciones. Proceso administrativo para las atenciones que no requieren autorización:

No aplica teniendo en cuenta que estos servicios son netamente electivos y la entidad no presta servicios de urgencias ni hospitalarios.

Gestión de la autorización para servicios posteriores a la atención de urgencia sin egreso hospitalario: No aplica

Gestión de la autorización para servicios en atención electiva o programable ambulatoria u hospitalaria: De acuerdo al modelo de referencia y contrarreferencia del contratante, las solicitudes y respuestas del mismos estarán sujetos al modelo establecido mediante instructivo 018 del 2015 "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL".

Procedimiento para la gestión de la autorización de servicios y tecnologías en salud electivas en atención prioritaria y en caso de poblaciones de especial protección.

Como condiciones de especial protección, para las cuales debe eliminarse en el subsistema la autorización para acceso a servicios y tecnologías en salud, se encuentran:

Urgencias
VIH
Cáncer infantil y en adultos
Enfermedades huérfanas
Personas con discapacidad física y/o mental

De acuerdo al modelo de referencia y contrarreferencia del contratante, las solicitudes y respuestas del mismos estarán sujetos al modelo establecido mediante instructivo 018 del 2015 "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL" que para órdenes de referencia ambulatorias refiere que toda solicitud que requiera trámite de referencia contrarreferencia y autorizaciones tiene un plazo máximo para su gestión y autorización de 72 horas el cual será susceptible de modificación según los lineamientos de AGESA RED DE SERVICIOS. Es de anotar que el prestador no solicita servicios de urgencias ni hospitalización siendo todos electivos y se tramitan de acuerdo al instructivo señalado.

Mientras el ambiente web de EL CONTRATANTE no este sistematizado, el trámite de servicios y tecnologías de prestadores excluido del plan de beneficios se tramitará ante el EIPS, en el formato establecido por las partes, el cual debe estar debidamente justificado y acompañado con la fórmula u orden médica, y de acuerdo a lo descrito en el plan de beneficios del SSPN:

Acuerdo No.093 del 08 de octubre de 2025 "Por la cual se establece el Plan De Servicios Y Tecnologías En Salud Del Sistema De Salud De Las Fuerzas Militares Y De La Policía Nacional (PSTS)"

Articulo 10 servicios y tecnologías excluidos del plan de servicios y tecnologías en salud. En el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, no se cubrirán aquellos servicios o tecnologías señalados en el artículo 15 de la ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y todas aquellas exclusiones contenidas en la Resolución 0641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social y aquellas que la adicionen, modifiquen o sustituyan

El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud podrá consultar ante la oficina de referencia y contrarreferencia al correo electrónico decal.espco-rco@policia.gov.co la información actualizada los prestadores y proveedores que hacen parte de la red o subred integral e integrada de servicios de salud, información que le permitirá orientar a los usuarios y gestionar eventuales necesidades de referencia, contrarreferencia y autorizaciones.

Procedimiento para la gestión de la autorización en los servicios y tecnologías en salud electivas en atención no prioritaria. De acuerdo al modelo de referencia y contrarreferencia del contratante, las solicitudes y respuestas del mismos estarán sujetos al modelo establecido mediante instructivo 018 del 2015 "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL" que para órdenes de referencia ambulatorias refiere que toda solicitud que requiera trámite de referencia contrarreferencia y autorizaciones tiene un plazo máximo para su gestión y autorización de 72 horas el cual será susceptible de modificación según los lineamientos de AGESA RED DE SERVICIOS.

Gestión en el proceso de referencia y contrarreferencia: De acuerdo al modelo de referencia y contrarreferencia del contratante, las solicitudes y respuestas del mismos estarán sujetos al modelo establecido mediante instructivo 018 del 2015 "LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL".

Servicios y tecnologías en salud posteriores a la atención de urgencia sin egreso hospitalario: NO APLICA

Servicios y tecnologías en servicios de salud electivos

La vigencia de la autorización para servicios y tecnologías en servicios de salud electivos será de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de su expedición, exceptuando las autorizaciones que se llegasen a generar en desarrollo de atenciones dadas en los servicios de urgencias y hospitalización la cual es de tres (03) días.

GESTIÓN DE RIESGO TÉCNICO

Los servicios y tecnologías que hacen parte del plan de beneficios del Subsistema, están normados en:

Acuerdo N.º 093 del 08 de octubre de 2025 del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional "por el cual se establece el plan de servicios y tecnologías en salud del sistema de salud de las fuerzas militares y de policía nacional" y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
Acuerdo Nro. 080 de 2022 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan

ASPECTOS DISPUESTOS PARA GENERAR UNA EXPERIENCIA SATISFACTORIA DEL USUARIO CON EL SERVICIO

EL CONTRATISTA garantizará contar o cumplir con lo siguiente:

Divulgación a los usuarios de los requisitos y recomendaciones para un mejor acceso y uso del (de los) servicio (s) o tecnología (s) en salud que ofrece.
Facilidades de acceso físicas, tecnológicas y de acompañamiento, para usuarios con discapacidad, talla baja o con otras condiciones de vulnerabilidad (población adulta mayor, gestantes, infantes).
Mecanismos de identificación de entrada y control de salida, para los infantes y sus acompañantes.
Divulgación a los usuarios, sobre la ubicación de las dependencias donde se pueden instaurar quejas, solicitudes, observaciones o reclamaciones, o los medios alternativos para efectuarlas.

Salas de espera adecuadamente iluminadas y ventiladas, con suficiente número de sillas para el volumen de demanda atendida.
Asignación oportuna de citas con módulos para radicación y asignación presencial de citas y/o aplicaciones para radicación y asignación virtual de citas, o gestores que reciban la solicitud y asignen de forma diferida las citas, caso último en el cual, EL CONTRATISTA, una vez asignada la cita, deberá efectuar llamada al usuario y envío de mensaje de correo o mensaje de texto.
La reserva y confidencialidad en el manejo de información en todo proceso administrativo y asistencial con usuarios del subsistema, deberá ser reforzada no solo por la protección normativa con que cuenta la información de historia clínica en Colombia, sino porque se trata de funcionarios y familias de funcionarios que son o han hecho parte de la Fuerza Pública, convirtiéndose por tanto su seguridad, en un asunto de seguridad del Estado.

Con base en el monitoreo y evaluación del comportamiento de sus variables, se podrá considerar la necesidad de una modificación contractual si sucede alguna de las siguientes circunstancias:

SEGUIMIENTO A LA CALIDAD, GESTIÓN Y RESULTADOS DEL ACUERDO DE VOLUNTADES (CONTRATO)

Cuando la población o las frecuencias se afecten por ajustes en la red o subred integral e integrada de servicios de salud de EL CONTRATANTE.

Cuando exista variación superior al 20% en el perfil de morbilidad, frente a la caracterización poblacional entregada por EL CONTRATANTE

Cuando se requiera la priorización a nivel territorial de la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud, en atención a la respuesta a indicadores priorizados de salud pública y atención primaria en salud.

Cuando exista un incremento superior al 20% en la incidencia de condiciones crónicas o de alto costo.

Cuando en el resultado del seguimiento del acuerdo de voluntades, se evidencien cambios en las frecuencias de uso o en los costos de prestación o provisión de los servicios o tecnologías en salud, superiores al 20%.

Cuando se presenten eventos de fuerza mayor o caso fortuito, que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud.

Además del cumplimiento a los estándares de calidad exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, se requiere gestión, seguimiento y evaluación periódica entre EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA de los siguientes indicadores, cuyo incumplimiento será objeto de un plan de mejora.

INDICADORES TÉCNICOS DE CALIDAD, DE GESTIÓN Y RESULTADOS (IMPACTO)

Los siguientes son los indicadores de calidad, gestión y resultados que se tendrán en cuenta como parte de la evaluación de la atención integral a la población objeto del contrato:

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

Para garantizar un control eficiente y transparente de la ejecución contractual, se ha implementado un sistema de semaforización. Esta herramienta visual permite identificar rápidamente el estado de cumplimiento de los compromisos y facilitar la toma de decisiones basada en datos precisos como parte del mejoramiento continuo en la calidad en la atención.

Las convenciones definidas para la medición de los indicadores son las siguientes:

- Azul (Sobresaliente): El desempeño supera las metas establecidas, evidenciando una gestión excepcional y un valor agregado en la ejecución.

- Verde (Óptimo): El resultado cumple plenamente con los estándares y cronogramas pactados, situándose dentro del rango de normalidad esperado.
  Amarillo (Insuficiente): Se identifican desviaciones menores o metas alcanzadas parcialmente. Requiere atención inmediata y ajustes para evitar el escalamiento a niveles críticos.
- Rojo (Deficiente): El resultado está significativamente por debajo de los niveles mínimos aceptables, indicando un incumplimiento que compromete los objetivos del contrato.

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento.

La implementación de este sistema es fundamental para transformar datos técnicos en información accionable. La semaforización permite que los interesados realicen un seguimiento intuitivo y ágil, facilitando la interpretación inmediata del desempeño y la implementación de acciones de mejora de manera oportuna.

Al estandarizar la evaluación, se garantiza una comunicación clara entre las partes, permitiendo priorizar esfuerzos en las áreas críticas (rojo y amarillo) y mantener la estabilidad en los procesos exitosos, así como la activación del análisis por parte de los equipos técnicos en cada unidad.

INDICADORES DE REPORTE MENSUAL (Reporte resolución 256 de 2016)

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado esperado
Calidad de la atención	Proporción de satisfacción global de los usuarios del servicio de prevención y detección temprana de cáncer	Numerador: Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS? Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta	≥ 90 % 80 - 89% 70- 79 % ≤69 %
Calidad de la atención	Oportunidad programación de colposcopia y o biopsia	Numerador: Sumatoria de la diferencia en días calendario entre la fecha de solicitud del servicio de colposcopia y o biopsia. Denominador: Total de servicios prestadora en periodo evaluado.	≤15 días 15 días 16 a 24 días ≥25 días
Calidad de la atención	Proporción de mujeres con citología cérvico-uterina anormal con oportunidad en la toma de colposcopia.	Numerador: Número de mujeres que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia Denominador: Número de mujeres con citología anormal	≥95 % 90 - 95% 80 - 89 % ≤79 %

FICHAS TÉCNICAS

INDICADOR NRO 1

1. Nombre	Proporción de satisfacción global
2. Descripción	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la EPS
3. Unidad de medida	Porcentaje (%)
4. Fórmula	Numerador: Número de usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la IPS? Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
5. Periodicidad de medición	Semestral
6. Progresividad de la medición	Creciente. Se espera aumento progresivo de los usuarios en cada periodo observado,
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Población que responde la pregunta.
9. Referente técnico del indicador	Lineamientos de Seguridad del Paciente – Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS). Resolución 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	Igual o mayor al 80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	20 %
12. Fecha de creación	Enero 2026

INDICADOR NRO 2

1. Nombre	Oportunidad programación de colposcopia y o biopsia
2. Descripción	Mide el tiempo promedio transcurrido, en días calendario, entre la fecha de solicitud de consultas, exámenes diagnósticos y procedimientos y la fecha efectiva de prestación del servicio, con el fin de evaluar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud ofrecidos por la institución.
3. Unidad de medida	Días calendario (promedio)
4. Fórmula	Numerador: Sumatoria de la diferencia en días calendario entre la fecha de solicitud del servicio de colposcopia y o biopsia. Denominador: Total de servicios prestadora en periodo evaluado.
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	orientada a la disminución progresiva del tiempo de espera para la prestación de los servicios.
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios que solicitan exámenes diagnósticos
9. Referente técnico del indicador	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

	Lineamientos de calidad y oportunidad en la atención en salud – Ministerio de Salud y Protección Social Estándares de acceso y oportunidad en servicios de salud
10. Meta, umbral o rango esperado	Igual o menor a 15 días
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	20%
12. Fecha de creación	Enero 2026

INDICADOR NRO 3

1. Nombre	Proporción de mujeres con citología cérvico-uterina anormal con oportunidad en la toma de colposcopia.
2. Descripción	Expresa la proporción de mujeres con citología cérvico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia
3. Unidad de medida	Porcentaje
4. Fórmula	Numerador: Número de mujeres que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia Denominador: Número de mujeres con citología anormal
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	Se espera una tendencia creciente en el cumplimiento del estándar de oportunidad
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarias con reporte de citología alterada.
9. Referente técnico del indicador	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud Lineamientos de calidad y oportunidad en la atención en salud – Ministerio de Salud y Protección Social Estándares de acceso y oportunidad en servicios de salud
10. Meta, umbral o rango esperado	Igual o superior al 90%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	20%
12. Fecha de creación	Enero 2026

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL (SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Gestión	Oportunidad de pago	Numerador: Total de facturas validas pagadas dentro de 45 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el trimestre.	>90% 89% - 80% 79% -70% <70%

Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes. Denominador: Total facturas radicadas en el trimestre evaluado.	>90% 80% 70%

FICHAS TÉCNICAS

INDICADOR NRO 4

1. Nombre	Oportunidad de pago (LEY 1122 DE 2007)
2. Descripción	Este indicador busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones definidas en cuanto a los procesos de facturación y pagos, definidos en la ley 1122 de 2007 entre las partes.
3. Unidad de medida	Porcentaje (%)
4. Fórmula	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 días Denominador: total facturas validas radicadas en el trimestre
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	Creciente.
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	No aplica
9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/2024 Res. 2284 de 2023
10. Meta, umbral o rango esperado	igual o mayor a 80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10 %
12. Fecha de creación	Enero 2026

INDICADOR NRO 5

1. Nombre	Tasa de Precisión de Facturación
2. Descripción	Se define técnicamente como un Indicador de eficiencia y calidad en el proceso de facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado. Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.
3. Unidad de medida	Porcentaje (%)
4. Fórmula	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: Total facturas radicadas en el trimestre evaluado.
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	Creciente

7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	No aplica
9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/2024 Res. 2284 de 2023
10. Meta, umbral o rango esperado	Igual o mayor al 80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10 %
12. Fecha de creación	Enero 2026

Parágrafo 1 : En caso de presentarse eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación de los servicios o tecnologías en salud, así como el cumplimiento de los indicadores pactados, el contratista deberá notificar por escrito al supervisor del contrato y a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, con el fin de adelantar los ajustes y modificaciones contractuales que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022.

El canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envío de la información necesaria para la revisión de los indicadores es el correo electrónico del supervisor designado, y el correo electrónico de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud decal.espco-pym@policia.gov.co.

Parágrafo 2: En caso de que se presenten eventos NO imprevisibles que afecten el cumplimiento de las metas, umbrales o rangos esperados, el supervisor, como primer mecanismo de acción, realizará una reunión con el contratista con el fin de establecer un plan de mejora. Si, durante el siguiente periodo de medición o revisión del indicador, persiste el incumplimiento de las metas, umbrales o rangos pactados, el supervisor remitirá a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 la información correspondiente (informes, actas de acciones de mejora, entre otros) para el trámite administrativo y contractual a que haya lugar.

El seguimiento de los anteriores indicadores durante la ejecución del contrato o acuerdo de voluntad, deberá contener como mínimo:

1. Caracterización de la población.

2. Resultado del indicador y porcentaje o nivel de cumplimiento.

3. Descripción de avances.

4. Fecha de corte.

5. Evaluación técnica, operativa del resultado.

6. Si no se lograron las metas, umbrales o rangos esperados, debe determinarse si existieron factores o circunstancias ajenas a EL CONTRATISTA (prestador o proveedor) que hayan incidido en el resultado, las cuales le eximen de glosa.

Si ese fuere el caso, deben formularse acciones de mejora administrativas, asistenciales, que pueden conllevar a la modificación del contrato en cuanto a contenido de nota técnica e indicadores.

Del mismo modo deberá efectuarse seguimiento a las acciones administrativas para mejorar y facilitar los procesos de facturación y de gestión de cuentas médicas, así como a los procesos de referencia y contrarreferencia y a las acciones para la atención con y sin mediación de la autorización.

MODELO DE AUDITORÍA

Auditoría de calidad en salud: el Subsistema de Salud de la Policía Nacional da aplicación a un sistema de calidad propio del régimen de excepción, normado por el Acuerdo Nro. 071 de 2019 cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento de los sistemas de y por la Resolución Nro. 134 del 10 de mayo de 2021 de la Dirección de Sanidad "por lo cual se organiza el sistema de calidad en salud del subsistema de salud de la policía nacional".

Si bien en los establecimientos de sanidad policial no aplican los requisitos de habilitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos requisitos sí deben ser cumplidos por EL CONTRATISTA.

Modelo de Auditoría de Cuentas: como delegatario de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para la ordenación del gasto, Entidad Responsable de Pago del régimen de excepción, EL CONTRATANTE dará aplicación a las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social referentes a la relación entre prestadores y pagadores, auditoría de cuentas médicas, Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y facturación electrónica de venta en salud; no exigirá un proceso de auditoría previo o paso por mallas validadoras propias, ni el envío previo de la factura como requisito para radicar las facturas de venta en salud.

Acceso a información e instalaciones: EL CONTRATISTA se compromete a entregar, cuando le sea requerido, copia de la Historia Clínica y de las actas de los Comités de Ley en los que se hayan debatido la atención brindada a usuarios del Subsistema. Los requerimientos de esta índole podrán ser efectuados durante el plazo de ejecución del contrato y después de concluido el mismo, como parte de procesos judiciales de reclamación y reparación. Del mismo modo, debe permitir a los auditores de calidad y de concurrencia de EL CONTRATANTE, ingreso a sus instalaciones y a los registros de atención y de historia clínica, para ejercer la auditoría de calidad o de concurrencia.

Si bien en los establecimientos de sanidad policial no aplican los requisitos de habilitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos requisitos sí deben ser cumplidos por EL CONTRATISTA.

ANEXO No.3

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. EL CONTRATISTA se obliga a cumplir estrictamente las obligaciones aquí pactadas, así como todas aquellas previstas en las disposiciones legales, reglamentarias, éticas y técnicas vigentes o que se expidan durante la ejecución del contrato, relacionadas con la prestación de servicios de salud, la ética profesional, la buena práctica médica, el orden público, la moral y las buenas costumbres. Igualmente, deberá prestar los servicios contratados a todos los afiliados que acrediten debidamente su derecho y cuenten con la correspondiente autorización del CONTRATANTE, cubriendo, según aplique, actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, valoración integral, educación para la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

2. Prestar los servicios de manera directa, encontrándose prohibida la subcontratación del objeto contractual, salvo las excepciones legales o expresamente autorizadas, en especial las previstas en el artículo 59 de la Ley 1438 de 2011 y en la Circular Externa 067 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, casos en los cuales deberá cumplirse estrictamente la normatividad aplicable en materia de habilitación de servicios.

3. Garantizar la prestación de los servicios con criterios de eficacia, oportunidad, agilidad y accesibilidad, conforme a lo pactado, observando lo dispuesto en el Instructivo 007 de 2023 – "Derechos y deberes de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional".

4. Atenderá todos los eventos susceptibles en el/los niveles (es) de complejidad contratado(s), con talento humano idóneo, infraestructura, dotación y estándares conforme a la Resolución 3100 de 2019 (y sus modificaciones).

5. Remitirá al afiliado a IPS habilitada cuando la complejidad exceda el alcance del contrato, garantizando continuidad, oportunidad y seguridad. Se abstendrá de remisiones injustificadas; las irregularidades serán evaluadas por el Supervisor para traslado a la Regional, sin perjuicio de acciones contractuales.

6. Responderá oportuna y motivadamente a solicitudes del CONTRATANTE sobre revisión de medicamentos, sustentadas en la condición clínica del afiliado.

7. EL CONTRATISTA deberá mantener vigente durante la ejecución del contrato las pólizas correspondientes.

8. Garantizar la observancia estricta de la prohibición de prebendas, dádivas o beneficios provenientes de productores o distribuidores de tecnologías en salud, incluyendo medicamentos, conforme a la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015

9. Remitir a los afiliados a las rutas de atención definidas por el CONTRATANTE, de acuerdo con su condición clínica.

10. Los indicadores de satisfacción y obligatorios se evaluarán de manera mensual, los indicadores que no se encuentren normados serán acordados entre las partes. La verificación estará a cargo del supervisor. El prestador deberá entregar la información que se requiera para la medición y el seguimiento de los indicadores.

11. Asistir a reuniones periódicas y mesas técnicas para evaluar la ejecución del contrato y cumplir con los compromisos acordados en las mesas.

12. Cumplir con las exigencias legales y éticas contenidas en la Resolución 0839 de 2017 o norma que lo adicione, modifique o sustituya para la custodia y gestión de la historia clínica de los pacientes, garantizando en todo momento la reserva legal a la que se encuentra sometido dicho documento.

13. Contar con el Sistema de Información al Usuario -SIAU-, donde se evalúe la satisfacción del usuario, se realicen acciones de mejoramiento y se garantice la respuesta oportuna de las PQRD recibidas directamente por el contratista y las trasladas por el contratante. Cabe resalta que la respuesta, debe estar dentro del término establecido en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023.

14. Reportar a la contratante los eventos de Interés de farmacovigilancia, tecnovigilanda y reactivovigilanda, adjuntando los análisis realizados por el comité de farmacovigilancia o quien haga sus veces en la institución. Notificar a la contratante el nombre y datos del contacto del responsable Institucional de dichos programas.

15. Realizar el reporte de los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los usuarios con discapacidad mental o física, o cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual, acompañada de la respectiva notificación ante las autoridades competentes.

16. Entregar los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), garantizando la calidad, confiabilidad y seguridad del dato de origen de conformidad con el decreto 441 de 2022 y las demás normas vigentes, incluyendo el número de contrato suscrito entre las partes.

17. Las partes se sujetan la guía recepción, radicación y obligación de cuentas medicas de la Dirección de Sanidad (1LF-PR-0008), e igualmente a las disposiciones legales referente a glosas, devoluciones y respuestas previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la Resolución 2284 de 2023, así como la demás normatividad vigente aplicable, que las modifique, aclaren o adicionen.

18. EL CONTRATISTA responderá civil, disciplinaria, fiscal y/o penalmente por sus acciones u omisiones o las del personal a su cargo, ya que los servicios se contratan bajo condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia. Así, deberá dejar indemne AL CONTRATANTE por cualquier reclamación, sanción o condena que le vincule.

19. Las partes expresamente declaran la exclusión de cualquier tipo de relación laboral entre ellas, como con el personal que emplee EL CONTRATISTA para la ejecución y cumplimiento del presente contrato. LA CONTRATISTA actuará por su propia cuenta y riesgo, con absoluta autonomía administrativa, técnica y financiera y no estará sometida a subordinación ni solidaridad laboral, con el contratante, razón por la cual se obliga a mantener indemne a LA CONTRATANTE frente a cualquier reclamación o demanda laboral.

20. Las demás 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.

21. EL CONTRATISTA se obliga a mantener vigentes la habilitación de servicios, permisos, registros, licencias y títulos especiales que requiera la Ley o las autoridades para el ejercicio de la profesión y actividades contratadas. Además, asumirá íntegramente la responsabilidad por los perjuicios que se ocasionen a terceros por la extralimitación o por la ausencia de los requisitos, permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la Ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias. En caso de que un servicio, sea inhabilitado por autoridad competente, o por fuerza mayor y/o caso fortuito debidamente comprobado, el contratista deberá informar de manera inmediata al responsable de seguimiento contractual designado.

22. El **CONTRATISTA** debe Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; Para tal fin el contratista allegara certificación firmada por el Representante Legal y revisor fiscal, donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social (salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y los demás que la ley le ordene), el supervisor del contrato puede solicitar las planillas de pago de seguridad social y verificara que el personal se reporta sea el mismo que ejecuta las actividades del presento contrato.

23. **EL CONTRATISTA** debe verificar los derechos de salud del usuario (titular, cónyuge, compañero (a) permanente, padres e hijos, etc.) revisando cuidadosamente el documento de identificación y la (s) autorización (es), en caso de duda debe verificar en el ADRES o comunicarse con el área de referencia de la Unidad prestadora de salud. No obstante, la IPS como entidad de salud está obligada a atender la URGENCIA VITAL de acuerdo al decreto 412 de 1992 de Ministerio de protección social y demás normas que modifiquen, adiciones.

24. **EL CONTRATISTA** durante la ejecución del contrato, acatará lo establecido en el registro de la autoevaluación de los estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación "Moderablemente Aceptable o Aceptable", es decir un puntaje mayor a 60% y deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST à disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

25. **EL CONTRATISTA** acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

26. **EL CONTRATISTA** acata lo dispuesto en la Ley 1918 de 2018 "Por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" así mismo el contratista deberá allegar los antecedentes en caso de aspirar a cargos, oficios o profesiones que involucren una relación directa y habitual con menores de edad, dicho documento deberá ser entregado al grupo de contratos como antecedente.

27. **EL CONTRATISTA** debe atender los criterios Ambientales (según sea el caso):

- Ley 1252 de 2008. "Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones"
- Ley 1672 de 2013. "Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), y se dictan otras disposiciones"
- Ley 99 de 1993 "Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se reorganiza el Sistema Nacional Ambiental "SINA" y se dicta otras disposiciones.
- Decreto 1496 de 2018 "Por el cual se adopta el sistema globalmente armonizado de clasificación y etiquetado de productos químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química" en cumplimiento adicional con la Resolución 009 del 15 de enero de 2018, "por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional" Apéndice 1 y Apéndice 2 del 2020, garantizando así las buenas prácticas ambientales de su actividad conforme a las compras públicas sostenibles y conforme al manual de contratación.
- Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" y sus diferentes actualizaciones.
- Resolución 591 de 2024 "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades."
- Resolución 803 de 2024 "por la cual se desarrollan parcialmente las disposiciones de la Ley 2232 de 2022, sobre la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos productos plásticos de un solo uso, el artículo 2.2.7C.7 del Decreto número 1076 de 2015 que establece medidas tendientes a la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos plásticos de un solo uso y se adoptan otras disposiciones"
- Decreto 302/00 o Decreto 1077/15. "Por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994, en materia de prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado".
- Decreto 2501 de 2007 "por medio del cual se dictan disposiciones para promover prácticas con fines de uso racional y eficiente de energía eléctrica"
- Ley 29 de 1992 "Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono", suscrito en Montreal el 16 de septiembre de 1987, con sus enmiendas adoptadas en Londres el 29 de junio de 1990 y en Nairobi el 21 de junio de 1991.
- Resolución 634 de 2022 "Por la cual, en desarrollo del Protocolo de Montreal, se entiende prohibida la fabricación e importación de equipos y productos que contengan y/o requieran para su operación o funcionamiento las sustancias controladas en los Anexos A, B, C, E y F del Protocolo de Montreal y se adoptan otras disposiciones".
- **EL CONTRATISTA,** no puede estar reportado en el Registro Único de Infractores ambientales (RUIA) (ley 1333 del 21 de julio de 2009) y deberá comprometerse a cumplir con todas las normas ambientales durante el desarrollo del presente contrato.

28. **EL CONTRATISTA** se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato.

29. **El CONTRATISTA** 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

30. **EL CONTRATISTA** se obliga a cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, prestando el servicio objeto del presente proceso con el cumplimiento del 100% de las especificaciones, condiciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.

31. EL CONTRATISTA deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato cuando el estado de ejecución contractual alcance los siguientes hitos: cincuenta por ciento (50%), setenta por ciento (70%) y cien por ciento (100%) de ejecución. Una vez se alcance el cien por ciento (100%) de ejecución del contrato, no se autoriza la prestación de servicios adicionales, aun cuando estos hubieren sido autorizados, sin que haya lugar al reconocimiento ni pago de los mismos, por considerarse agotado el objeto contractual.

Otras disposiciones

1. **SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**: Ante cualquier controversia las partes deberán acudir inicialmente a los mecanismos de arreglo directo, tales como la conciliación de las glosas en salud, si persisten las controversias el contratista puede tramitar ante la Dirección de Sanidad, las glosas no conciliadas, o en su defecto, se recurrirá a la mediación de la superintendencia Nacional de Salud como ente conciliador, según las facultades de la Ley 1122 de 2007(modificada principalmente por la Ley 1438 de 2011), Si transcurridos cuatro (4) meses de formulada la diferencia contractual, ésta no ha podido ser resuelta mediante alguno de dichos mecanismos, las partes quedan en libertad de acudir a la vía judicial.

2. **LIQUIDACIÓN DEL ACUERDO DE VOLUNTADES.** Una vez finalizado el plazo de ejecución o agotados los recursos pactados, las partes procederán a la liquidación del contrato dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes, conforme a lo establecido en la Resolución 00090 de 2018 (Manual de Contratación de la Policía Nacional). En virtud de lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.6.2 del Decreto 441 de 2022, la liquidación deberá incluir el cruce de cuentas definitivo que considere la facturación radicada, las glosas y los pagos efectuados. En subsidio de lo anterior, se aplicará también lo previsto en la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007.

ANEXO No. 4

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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

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

3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del 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 POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

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

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

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

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

LA POLICÍA NACIONAL.

Mayor **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3 (E)

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
ELABORADO POR:	Analista de Contratos	SI. Leonela Trejos Velasquez	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Grupo Contratos RASES N° 3	CT. Gustavo Andrés Narváez Arteaga	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Área Administrativa RASES N°3	MY. Camilo Andrés Barón Trujillo	
REVISADO PARA FIRMA POR	Abogado RASES N°3	CPS. Nelson Raúl Figueroa Peñaloza	

Calle 94 Avenida Villa Olímpica -Frente a Expofuturo
Teléfono: 3402442 ext. 8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co.
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA