REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

CONTRATO N° 86-7-20169-26

Pereira, 28 AUG 2026

Señor (A)
NEURO MENTAL S.A.S
Representante Legal: **DAVID ARTURO CUBILLOS VALENCIA**
CC.: 6.254.375 Expedida en Cali
NIT: 901.011.588-4
Dirección: Carrera 10 N.° 14N-59 B/Campiña Armenia/Quindío
Teléfonos: 3204504715-6067362260
Correo electrónico: gerencia@clinicaneuromental.com – citas@clinicaneuromental.com
Armenia, Quindío

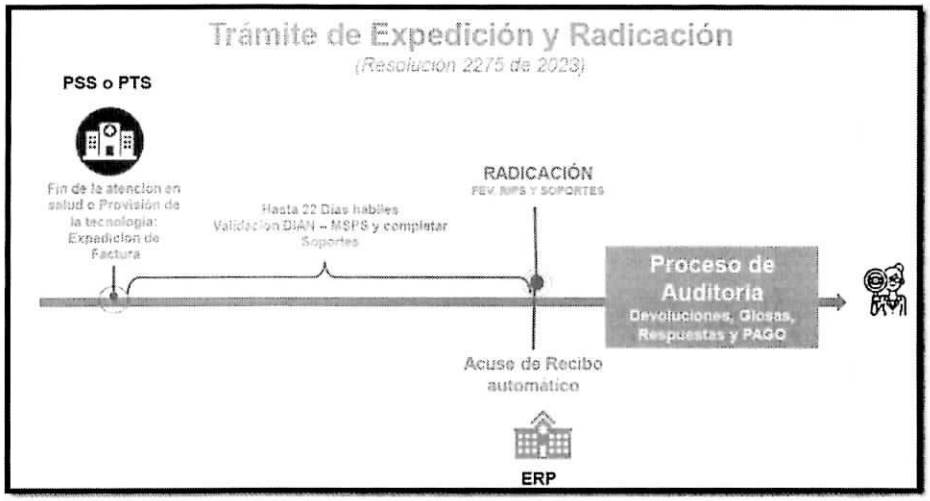
Asunto: **ACEPTACIÓN OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 058 2026**

Cordialmente me permito informarle que en virtud a la invitación pública del proceso **PN RASES N°3 MIC 058 2026**, que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE REHABILITACIÓN Y NEURODESARROLLO EN CENTROS ESPECIALIZADOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN CONDICIONES ESPECIALES EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.3 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO"**, 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. 229 del 17 de agosto de 2026 de la Dirección de Sanidad.
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN.	Resolución 01567 del 09 de junio de 2026 por la cual se adiciona y modifica la Resolución 00502 del 05/03/2026
CONTRATISTA.	**EMPRESA:** NEURO MENTAL S.A.S **NIT**: 901.011.588-4 **Representante Legal:** DAVID ARTURO CUBILLOS VALENCIA **CC.**: 6.254.375 Expedida en Cali **Ciudad Notificación Judicial:** Armenia **Dirección Notificación Judicial:** Carrera 10 N.° 14N-59 B/Campiña Armenia/Quindío **Teléfono:** 3204504715-6067362260 **E-mail:** gerencia@clinicaneuromental.com – citas@clinicaneuromental.com
CONSIDERADOS	Que el presente contrato se deriva del proceso de **MINIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 058 2026**

SUPERVISOR DEL CONTRATO.	El supervisor del contrato será un integrante de la Unidad prestadora de Salud Quindio, 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 notificación 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 notificación 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, con plazo máximo tres (03) días 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. **OTRAS ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR** • 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 ". • 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. • Registrar en el Módulo de Contratación de la Policía Nacional, la información referente a la ejecución del contrato. El no registro de la información será causal de llamado de atención. • 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.
OBJETO	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE REHABILITACIÓN Y NEURODESARROLLO EN CENTROS ESPECIALIZADOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN CONDICIONES ESPECIALES EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.3 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUIND"**
VALOR.	**VENTE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($20.000.000)** para la vigencia 2026.
APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	Certificado de disponibilidad presupuestal **SIIF 55726 del 28/07/2026 y QUIPU 383 del 28/07/2026.** 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 a la prestación del servicio hasta el **(30/11/2026)** 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 los servicios de salud en el departamento de Quindío, en el casco urbano de Armenia, en la Unidad Prestadora de Salud Quindío, en los domicilios de los usuarios y en la siguiente dirección: **EMPRESA:** NEURO MENTAL S.A.S **Dirección:** Carrera 10 N.° 14N-59 B/Campiña Armenia/Quindío

	Teléfono: 3204504715-6067362260 **E-mail:** gerencia@clinicaneuromental.com – citas@clinicaneuromental.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). **5.4.1. 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.

Se informa que todos los proveedores y contratistas obligados 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 DE 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.

5.4.2. RADICACION 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 dequi.upres-cue@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 de manera física se realizará en las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda ubicada Calle 94 Avenida Villa Olímpica, Frente a expofuturo 4 piso oficina central de cuenta RASES 3, 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.

5.4.3. 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.

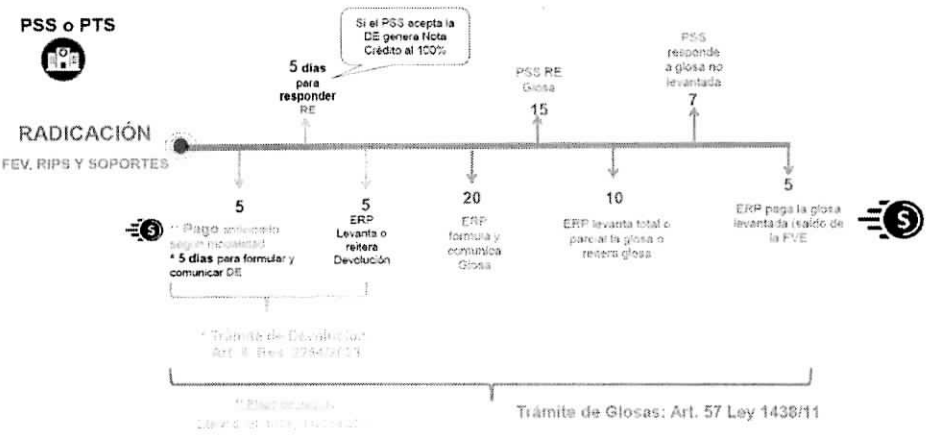
Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes. a su levantamiento. informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción. que no fueron levantadas".

"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:

<table>
<tr><td></td><td>

Tiempos trámite de devoluciones y glosas



NOMBRE BENEFICIARIO: NEURO MENTAL SAS
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NÚMERO DE CUENTA: 06900000940

</td></tr>
<tr><td>**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.**</td><td>Las contempladas en el ***ANEXO No 1***</td></tr>
<tr><td>**GARANTÍA ÚNICA**</td><td>

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

</td></tr>
</table>

	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 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) Que la póliza cubre el termino de ejecución del contrato. 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 058 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 RASES Nº3	SI. Jesus David Jimenez Chica	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Grupo Contratos RASES N°3	CT. Gustavo Andrés Narváez Arteaga	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Área Logistica y Financiera 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-qco@policia.gov.co.
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

ANEXO N° 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR TOTAL INCLUIDO IVA
1	890210B	CONSULTA PRIMER VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	UNIDAD	$ 42.053
2	890211B	CONSULTA PRIMER VEZ POR FISIOTERAPIA	UNIDAD	$ 42.053
3	890213B	CONSULTA PRIMER VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	UNIDAD	$ 42.053
4	890285B	CONSULTA PSIQUIATRIA INFANTIL	UNIDAD	$ 120.987
5	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	UNIDAD	$ 44.564
6	931001B	TERAPIA FISICA INTEGRAL	UNIDAD	$ 37.920
7	933301B	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS	UNIDAD	$ 72.471
8	937202B	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA VOZ	UNIDAD	$ 39.329
9	937001B	TERAPIA FONOAUDIOLOGIA INTEGRAL	UNIDAD	$ 34.656
10	938303B	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	UNIDAD	$ 34.973
11	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	UNIDAD	$ 40.034
12	890261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	UNIDAD	$ 122.575
13	944301B	TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA	UNIDAD	$ 42.546

ANEXO N°2

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ITEM	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	En materia de moléculas o principios activos farmacológicos cubiertos por el SSPM, el contratista deberá acoger y socializar el listado de moléculas o principios activos contenidos en el Acuerdo 080 de 2022 "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas. Militares y de la Policía Nacional" y hacer un uso racional de la medicación por parte de los profesionales de salud adscritos al prestador, conforme a las necesidades clínicas del usuario, dosis consecuentes a sus condiciones individuales y durante el período de tiempo adecuado, de acuerdo a la evidencia científica disponible y las guías de práctica clínica vigentes contribuyendo de esta forma al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios y la sostenibilidad financiera del SSMP. El vademécum puede solicitarse al señor supervisor y/o a la subred integral de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud.
3	En caso de que se requiera la prescripción de algún servicio, tecnología o medicamentos no incluidos en el plan de servicios de salud o el vademécum de la Policía Nacional; la IPS contratada deberá diligenciar el formato (NO POS) este formato será evaluado por el (EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD - EIPS), Nota: el contratista notificara al usuario que el formulario debe radicarse en la ventanilla de la unidad prestadora de salud.
4	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.
5	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. 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
6	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 anexo el protocolo o ruta de manejo de eventos adversos**
7	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, etc.) al momento de tomar los servicios**.
8	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.
9	**EXPERIENCIA Y 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.
10	**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..."
11	El contratista Asigno 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: **LAURA CAROLINA RUIZ ALCALDE** Cargo: **DIRECTORA ADMNISTRATIVA** Teléfonos: 3225417746 Correo electrónico: dirección.administrativa@clinicaneuormental.com
12	El contratista designo 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: **LAURA CAROLINA RUIZ ALCALDE** Cargo: **DIRECTORA ADMNISTRATIVA** Teléfonos: 3225417746 Correo electrónico: dirección.administrativa@clinicaneuormental.com
13	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.
14	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.
15	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.
16	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 Quindío, 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.
17	EL contratista presento en la propuesta una sede plenamente identificada, habilita e inscrita en el registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: Diligenciar la siguiente información • Horarios de Atención: • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica: 8 am – 6 pm Presencial: 8 am – 6 pm WhatsApp 8 am – 6 pm correo electrónico: 8 am – 6 pm página web: 8 am – 6 pm • Notificación de citas o recordatorios SI _X_ NO ___ • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos:

	Telefónica: 3243223235 Presencial: WhatsApp 8 am – 6 pm Entrega de resultados: Telefónica: 3243223235 Presencial: NA WhatsApp NA correo electrónico: NA página web: NA Dirección y teléfonos para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias: Telefónica: 3243223235 Presencial: carrera 10 numero 14 norte 59 la campiña WhatsApp 3243223235 correo electrónico: citas@clinicaneuromental.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.

Anexo 2.1

CONTEXTO TÉCNICO

1. Marco Normativo y Lineamientos Estratégicos

1.6.3. GESTIÓN DEL RIESGO PRIMARIO A CARGO DEL CONTRATISTA

1.6.3.1. Caracterización de la población

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. Registro asistencial en historia clínica de cada valoración, procedimiento, intervención y suministro efectuado.
3. Las variables del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud como soporte indispensable de facturación.
4. Las variables obligatorias de reporte de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Cuenta de Alto Costo (CAC), Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), entre otras que correspondan con el proceso de atención.
5. Variables de ubicación del usuario, tales como dirección de residencia, incluyendo barrio, localidad, UPZ (donde aplique), teléfono de contacto del usuario o acudiente.

1.6.3.2. 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 a la supervisión del contrato y 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: (incluir los que aplican al objeto del acuerdo de voluntades o contrato)

CONDUCTA	CONDUCTA DE NOTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN	
Captación de usuario a RIAS	Notificar al jefe del programa al siguiente Correo electrónico: dequi.upres-pym@ policia.gov.co Notificar al líder del proceso de rehabilitación de la UPRES al siguiente Correo electrónico: dequi.upres-pym@ policia.gov.co	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES
Usuario con un nuevo riesgo identificado que requiere realizarse el seguimiento por la líder de rehabilitación	Dentro de las siguientes 72 horas de haber sido identificado.	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES
Trastornos metabólicos y nutricionales: Identificación de desnutrición, obesidad (común en TDAH por desregulación dopaminérgica) o problemas de deglución (disfagia), especialmente en Parálisis Cerebral.	Dentro de las siguientes 72 horas de haber sido identificado	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES
Alteraciones del neurodesarrollo profundo: Identificación de crisis epilépticas o convulsivas, trastornos severos del ciclo del sueño (que agravan el déficit de atención) y patologías gastrointestinales crónicas, altamente prevalentes en el Trastorno del Espectro Autista	Dentro de las siguientes 72 horas de haber sido identificado	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES
Salud visual y auditiva: Tamizaje obligatorio para descartar déficits sensoriales que simulen trastornos del aprendizaje o impidan el desarrollo del lenguaje.	Dentro de los siguientes 8 días de haber sido identificado	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES
Regresión en el desarrollo: Alertas por pérdida súbita de habilidades comunicativas, motoras o sociales adquiridas, lo cual exige una valoración neurológica urgente	Dentro de las siguientes 72 horas de haber sido identificado	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES
Descompensación neuropsiquiátrica: Canalización inmediata ante la aparición de Trastorno de Oposición Desafiante (TOD), ansiedad severa, depresión, TOC o conductas autolesivas, comunes en cuadros comórbidos (ej. TEA + TDAH)	Dentro de las siguientes 72 horas de haber sido identificado	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES
Atenciones del grupo de la ruta primera infancia- infancia - juventud	Dentro de las siguientes 72 horas de haber sido identificado.	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES

1.6.3.3. Transferencia institucional y consulta de la información para la gestión del riesgo primario

Como gestor permanente del riesgo primario, EL CONTRATISTA debe efectuar los reportes de obligatorio cumplimiento que, como Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, requiera la Autoridad Sanitaria Nacional y local y demás instancias de inspección, regulación, seguimiento y control.

Los medios y canales transaccionales dispuestos por EL CONTRATANTE para la transferencia de la información del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás que la modifiquen o sustituyan, son los siguientes:

Trámite	Medios y canales transaccionales dispuestos por EL CONTRATANTE		
	Correo electrónico habilitado	Número telefónico habilitado	observaciones sobre el trámite
Informe de actualización de datos de la persona	dequi.upres-rco@policia.gov.co jefe Martha como lider de rutas		Habilitado por usuario Portal de Servicios de Salud PSS
Solicitud de autorización	dequi.upres-rco@policia.gov.co		Habilitado por usuario Portal de Servicios de Salud PSS

El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud podrá consultar de forma gratuita 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.

1.6.3.4. Procedimientos de referencia, contra -referencia y autorizaciones

✓ **Proceso administrativo para las atenciones que no requieren autorización:**

La prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías de salud relacionados con la atención de un evento, condición en salud o conjunto de condiciones en salud previamente autorizado por EL CONTRATANTE (formato de la dependencia de referencia, contra-referencia y autorizaciones).

✓ **Gestión de la autorización para servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso hospitalario**

No aplica para el presente proceso

✓ **Gestión de la autorización para servicios en atención electiva o programable ambulatoria u hospitalaria.**

La solicitud de autorización para los servicios electivos, es decir aquellos servicios en salud que se pueden prestar de manera programada, prioritarios o no prioritarios, según criterio del profesional tratante, será realizada por el prestador de servicios de salud, mediante el uso de los campos *definidos en el* Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023 Minsalud y demás normas que la modifiquen o sustituyan, sin que este trámite pueda ser trasladado al paciente o acudiente al siguiente correo: dequi.upres-aut@policia.gov.co

✓ **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**

EL CONTRATANTE tendrá un plazo máximo de dos (2) días calendario para autorizar los servicios de salud o las tecnologías en salud, garantizando la disponibilidad y oportunidad. Dentro del mismo término, EL CONTRATANTE comunicará al usuario la fecha y hora en que será atendido, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud autorizado y al prestador de servicios de salud solicitante, la gestión de la autorización efectuada por el portal de servicio de salud.

Si EL CONTRATANTE no responde al prestador de servicios de salud en dos (2) días calendario y si el prestador cuenta con el servicio requerido habilitado, prestará la atención y facturará anexando la evidencia del envío de la solicitud a EL CONTRATANTE, sin que este pueda formular glosa a la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o que no pertenece a su red o subred integral e integrada de servicios de salud. De no contar con el servicio requerido habilitado o la capacidad disponible para responder a la atención, el prestador realizará las acciones del proceso referencia y contrarreferencia que se mencionan más adelante como "Gestión en el proceso de referencia.

✓ **Procedimiento para la gestión de la autorización en los servicios y tecnologías en salud electivas en atención no prioritaria**

No aplica para el presente proceso

- **Gestión en el proceso de referencia**

Para el envío de la solicitud de referencia, el prestador de servicios de salud deberá diligenciar los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023 Minsalud y demás normas que la modifiquen o sustituyan, especificando el tipo de atención solicitada, a través de los medios de transferencia de información y canales de información transaccionales acordados o dispuestos por El CONTRATANTE.

- **Gestión en el proceso de contrarreferencia**

Cuando el prestador de servicios de salud receptor considere que la persona puede continuar su manejo

en el prestador de servicios de salud remitente o en otro prestador con servicios de menor complejidad, deberá enviar la solicitud de contrarreferencia a El CONTRATANTE usando los campos del trámite de contrarreferencia establecidos en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023 Minsalud y demás normas que la modifiquen o sustituyan y adjuntar copia de la epicrisis, el resumen de atención o la hoja de atención de urgencias, según aplique al siguiente correo: dequi.upres-rco@policia.gov.co

- **Servicios y tecnologías en salud posteriores a la atención de urgencia sin egreso hospitalario:**

No aplica para el presente proceso

- **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.

1.6.4. GESTIÓN DE RIESGO TÉCNICO

En Colombia, para los servicios de neurorrehabilitación y neurodesarrollo, el contratista está obligado a aplicar las Guías de Práctica Clínica (GPC) y protocolos adoptados por el Ministerio de Salud, los cuales incluyen:

Alteraciones del neurodesarrollo: GPC Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Guía No. 24).
Trastorno del Espectro Autista (TEA): Protocolo Clínico y Ruta de Atención de Niños y Niñas con TEA.

Déficit de atención e hiperactividad (TDAH): GPC para el diagnóstico y tratamiento de TDAH en pediatría (Guía No. 64).

Rehabilitación Integral: Resolución 1788 de 2025, que establece los lineamientos operativos de la rehabilitación en el sistema de salud.

Trastorno del Espectro Autista (TEA) y TDAH

- Población Pediátrica: Sí quedan completamente cubiertas con el Protocolo Clínico de TEA y la GPC de TDAH (Guía No. 64).
- Población Adulta: No. El protocolo de TEA se enfoca prioritariamente en niños y niñas. La Guía 64 de TDAH está diseñada exclusivamente para pediatría. En adultos con TEA o TDAH, el contratista debe guiarse por la Guía Metodológica para la adopción de GPC extranjeras o los lineamientos de la Estrategia Nacional de Salud Mental, ya que no existe una guía clínica nacional exclusiva de diagnóstico/tratamiento de TDAH en adultos.

Retraso Global del Desarrollo (RGD) y Trastornos del Aprendizaje

- **Población Pediátrica:** Sí están cubiertas bajo el paraguas de la detección temprana. Se aplica de forma estricta la GPC de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Guía No. 24), la cual exige la aplicación obligatoria de la **Escala Abreviada de Desarrollo (EAD-3)** para identificar el rezago.
- **Población Adulta: No aplica.** Por definición médica, el "Retraso Global del Desarrollo" se diagnostica únicamente en menores de 5 años. En adultos, esta condición evoluciona normativamente hacia un diagnóstico de **Discapacidad Intelectual**, el cual se rige bajo el marco general de la Resolución 1788 de 2025 para rehabilitación y las directrices de inclusión de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Parálisis Cerebral (PC)

- **Población Pediátrica y Adulta: No estaban en el listado inicial.** El Ministerio de Salud de Colombia **no cuenta con una GPC propia y exclusiva** para Parálisis Cerebral de edición centralizada.
- **Exigencia Normativa Real:** El contratista debe aplicar las recomendaciones institucionales basadas en procesos de **adopción y adaptación** de guías internacionales de alta calidad (como la guía *NICE NG62* de Inglaterra para menores de 25 años).

A nivel institucional en Colombia, entidades referentes del sector de rehabilitación aplican y exigen la Guía de Práctica Clínica para Parálisis Cerebral en menores de 25 años.

El contratista debe comprometerse a cumplir adicionalmente:

- La EAD-3 (Escala Abreviada de Desarrollo) como instrumento obligatorio de medición en RGD.
- La Guía de adopción/adaptación interna para Parálisis Cerebral basada en evidencia internacional.

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

1.6.5. 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.
- Para dar continuidad al proceso de atención de pacientes con patología oncológica, en caso de no poder asignar inmediatamente las citas que el profesional tratante ordenó, estas deberán ser gestionadas directamente por EL CONTRATISTA, con el portafolio de la red o subred integral e integrada de EL CONTRATANTE, evitando trasladar cargas administrativas al usuario u acudiente.
- EL CONTRATANTE (autoriza/no autoriza) la subcontratación. (En caso afirmativo, indicar las condiciones que el subcontratista debe cumplir).
- 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.

1.6.7. 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.

1.6.8. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

1.6.8.1. Caracterización y estimaciones de la población objeto

La población objeto del presente contrato, conforme a su lugar de residencia, se encuentra distribuida de la siguiente forma (Ejemplo con estructura tipo momentos de curso de vida):
Caracterización y estimaciones de la población objeto

MUNICIPIO	DANE	GENERO	0 a 5 años Primera Infancia	12 a 17 años Adolescencia	18 a 28 años Juventud	29 a 59 años Adultez	6 a 11 años Infancia	Mayor a 60 Vejez	Total general
ALCALÁ	76020	F		2		4	5	5	16
ALCALÁ	76020	M				2	14	5	21
ARMENIA	63001	-					1		1
ARMENIA	63001	F	115	303	387	557	1407	1037	3806
ARMENIA	63001	M	138	312	313	485	1911	1246	4405
BUENAVISTA	63111	F	1	2	2	2	7	2	16
BUENAVISTA	63111	M	1	2	3	4	19	5	34
CAICEDONIA	76122	F	4	10	16	22	58	33	143
CAICEDONIA	76122	M	4	11	20	23	65	35	158
CALARCA	63130	F	23	40	70	78	235	149	595
CALARCA	63130	M	23	64	66	61	307	180	701
CIRCASIA	63190	F	9	15	25	31	60	46	186
CIRCASIA	63190	M	5	12	9	26	113	50	215
CÓRDOBA	63212	F	1	1	1	6	8	3	20
CÓRDOBA	63212	M	3	2	5	4	18	5	37

FILANDIA	63272	F	2	7	5	7	21	14	56
FILANDIA	63272	M	2	5	7	9	48	17	88
GÉNOVA	63302	F			1	2	6	6	15
GÉNOVA	63302	M	2	4	2	7	10	6	31
LA TEBAIDA	63401	F	7	20	25	28	67	39	186
LA TEBAIDA	63401	M	3	17	27	42	98	54	241
MONTENEGRO	63470	F	9	28	22	26	78	38	201
MONTENEGRO	63470	M	13	21	25	30	119	67	275
PIJAO	63548	F		3	4	3	5		15
PIJAO	63548	M	2	3	1	3	16	4	29
QUIMBAYA	63594	F	10	16	20	26	78	37	187
QUIMBAYA	63594	M	16	16	16	23	97	52	220
SALENTO	63690	F	2	3	2	7	8	8	30
SALENTO	63690	M	1	4	1	7	13	9	35
SEVILLA	76736	F	9	24	32	55	121	60	301
SEVILLA	76736	M	13	31	25	62	171	81	383
ULLOA	76845	F			2	1	3		6
ULLOA	76845	M				2	5		7

Conclusiones Análisis de perfil epidemiológico UPRES Quindío

El análisis integral de la UPRES Quindío evidencia una población adscrita de 12.702 usuarios con una estructura demográfica caracterizada por predominio masculino y una concentración creciente en los cursos de vida de adultez y vejez. La evolución observada entre 2020 y 2025 confirma un proceso sostenido de envejecimiento poblacional, con reducción progresiva en los grupos de primera infancia, infancia y adolescencia, estabilidad relativa del total poblacional y un incremento significativo del grupo de 60 años y más. Esta transformación estructural no solo modifica la composición etaria, sino que redefine el perfil de riesgo sanitario y financiero del Subsistema en la jurisdicción.

Desde la perspectiva epidemiológica, la morbilidad consolidada muestra un patrón consistente con una transición demográfica avanzada, donde predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2, acompañadas de dislipidemias, enfermedad cardiovascular, patologías respiratorias crónicas, trastornos endocrino-metabólicos y condiciones asociadas al envejecimiento. La alta proporción de usuarios hipertensos clasificados en riesgo alto, muy alto y extremadamente alto, junto con la concentración de casos de diabetes en mayores de 60 años, confirma una carga acumulativa de enfermedad que exige seguimiento clínico continuo, control farmacológico sostenido y estrategias estructuradas de modificación de factores de riesgo.

En coherencia con este perfil de morbilidad, el análisis de mortalidad (reclasificación OPS/OMS 6/67) evidencia que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer constituyen las principales causas de defunción, concentrando más de la mitad de los casos registrados, con una tasa bruta estimada de 4,6 muertes por cada 1.000 usuarios para la vigencia analizada. Este comportamiento reafirma la estrecha relación entre el envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas y los desenlaces en salud, consolidando un perfil epidemiológico dominado por patologías degenerativas y eventos prevenibles mediante control oportuno del riesgo.

Adicionalmente, la distribución territorial de la población, con concentración mayoritaria en Armenia y presencia en municipios del Quindío y norte del Valle del Cauca, junto con los tiempos de desplazamiento hacia los ESPRI ubicados en Armenia, Calarcá y Sevilla, refuerza la importancia de la planeación basada en accesibilidad geográfica, optimización de la red prestadora y articulación eficiente con los prestadores externos contratados. Esta regionalización operativa constituye un elemento clave para garantizar oportunidad en la atención, continuidad del cuidado y uso racional de los recursos.

En términos estratégicos, la UPRES Quindío enfrenta un escenario donde la sostenibilidad del Subsistema depende fundamentalmente de la consolidación de un modelo preventivo y anticipatorio, centrado en la gestión integral del riesgo. La implementación de la Ruta Cardio-Cerebro-Vascular y Metabólica, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud del SSPN (MATIS), liderada por el Grupo de Gestión del Riesgo en Salud, se configura como eje estructurante para mitigar la progresión de las enfermedades crónicas, reducir la ocurrencia de complicaciones mayores y contener el impacto financiero asociado a patologías de alto costo.

De manera complementaria, resulta indispensable fortalecer la integración entre análisis epidemiológico, planeación financiera prospectiva y toma de decisiones basada en datos, de modo que la asignación de recursos responda a la realidad demográfica y clínica identificada. La transición demográfica en curso anticipa un aumento progresivo en la demanda de servicios especializados, medicamentos de uso crónico, procedimientos diagnósticos y manejo de complicaciones, lo que exige un enfoque sistemático de eficiencia, seguimiento de cohortes y evaluación permanente de resultados en salud.

En síntesis, la caracterización poblacional, el análisis de morbilidad y la estructura de mortalidad de la UPRES Quindío convergen en un mismo escenario: una población predominantemente adulta y envejecida, con alta carga de enfermedad crónica y riesgo cardiovascular significativo, que demanda intervenciones sostenidas, articuladas y técnicamente orientadas. El Análisis de Situación en Salud (ASIS) y la integración de esta información con la nota técnica institucional, constituye un instrumento fundamental para la planificación estratégica, la priorización de intervenciones y la garantía de una atención integral, oportuna y costo-efectiva para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en esta jurisdicción.

CAUSAS DE MORTALIDAD

Diagnóstico A	Diagnóstico B	Diagnóstico C
Hipoxia cerebral tisular	Embolia pulmonar aguda	Secuelas de parálisis cerebral
Insuficiencia respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	Neumonía
Insuficiencia respiratoria aguda	Derrame pleural paraneoplasico	Ca cérvix estadio IV con metástasis a pulmón
Paro cardiorrespiratorio	Insuficiencia respiratoria	Tumor maligno de la mama metastásico
Neumonía aspirativa	Demencia asociada enfermedad de Parkinson	Estado postracional crónico
Sepsis de origen urinario	Infección de vías urinarias bacteriana	Meduloblastoma
Insuficiencia ventilatoria aguda	Infarto agudo del miocardio	Falla cardiaca aguda
Infarto agudo de miocardio	Enfermedad coronaria severa	Insuficiencia cardiaca congestiva
Hipoxia tisular	Paro respiratorio	Falla renal reagudizada
Infarto agudo de miocardio	Cardiomiopatía isquémica	Insuficiencia cardiaca
Infarto agudo de miocardio	Hipertensión arterial	Accidente cerebrovascular
Choque séptico	Sepsis de origen urinario	Infección de vías urinarias
Hipoxemia severa	Falla respiratoria aguda	Cáncer de colon metastásico
Paro cardiorrespiratorio	Insuficiencia respiratoria	Enfermedad pulmonar obstructiva

Hipertensión endocraneana	Infarto cerebral hemisférico izquierdo completo y parcial derecho	Trombosis de arteria basilar y vertebral
Choque séptico de presunto origen gastrointestinal	Gastroenteritis presunto origen infeccioso	Pancitopenia
Insuficiencia respiratoria o choque séptico	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto o sepsis de origen pulmonar	
Paro cardiorrespiratorio	Insuficiencia respiratoria aguda	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Shock séptico	Septicemia	Bacteremia por cocos gram positivos
Choque cardiogénico	Infarto agudo de miocardio	Hipertensión arterial
Choque.	Insuficiencia respiratoria tipo i.	Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.
Hipoxia cerebral	Falla ventilatoria	Derrame pleural masivo

Las enfermedades asociadas a eventos cardiovasculares se han constituido en la principal causa de mortalidad en la región, contribuyendo con el 24.1% de los fallecimientos en la Región 3. Así mismo, la mortalidad por cáncer de diferentes tipos, las neumonías y las enfermedades asociadas al riesgo cardiovascular llevan al equipo a fortalecer las acciones que mejoren el control de las patologías, la detección temprana de las mismas y el diagnóstico e intervención oportuna, con el fin de mitigar el daño a nivel del individuo y la familia.

Las rutas de atención relacionadas con las patologías en mención llevan a la necesidad de evaluaciones periódicas por el grupo que interviene en la gestión del riesgo primario, secundario o terciario, con el fin de mitigar el impacto en la prestación de los servicios de salud y contribuir con la calidad de vida de los usuarios

ANALISIS DE LA DEMANDA DE SERVICIOS

PERFIL EPIDEMIOLOGICO

CIE 10	DESCRIPCION	CASOS
F840	AUTISMO EN LA NI?EZ	37
F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	28
F841	AUTISMO ATIPICO	23
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	9
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	8
F818	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	7
Z719	CONSULTA NO ESPECIFICADA	7
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	6
F711	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	4
H919	HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA	4
I890	LINFEDEMA NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	4
I694	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA COMO HEMOR U O	3
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	3
M431	ESPONDILOLISTESIS	3
R620	RETARDO DEL DESARROLLO	3

Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	3
E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	2
F700	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	2
G308	OTROS TIPOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	2
J387	OTRAS ENFERMEDADES DE LA LARINGE	2
M255	DOLOR EN ARTICULACION	2
M501	TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA	2
M796	DOLOR EN MIEMBRO	2
C73X	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	1
E348	OTROS TRASTORNOS ENDOCRINOS ESPECIFICADOS	1
F429	TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVO NO ESPECIFICADO	1
F603	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	1
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJENO ESPECIFICADO	1
F949	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL EN LA NI?EZ NO ESPECIFICADO	1
G402	EPILEPSIA Y SÍNDROME EPILÉPTICO SINTOMÁTICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS	1
G473	APNEA DEL SUE?O	1
G803	PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA;1	1
G909	TRASTORNO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO NO ESPECIFICADO	1
H448	OTROS TRASTORNOS DEL GLOBO OCULAR	1
I456	SINDROME DE PREEXCITACION	1
I471	TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	1
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	1
M159	POLIARTROSIS NO ESPECIFICADA	1
M173	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS	1
M191	ARTROSIS POSTRAUMATICA DE OTRAS ARTICULACIONES	1
M359	COMPROMISO SISTEMICO TEJIDO CONJUNTIVO NO ESPECIFICADO	1
M500	TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON MIELOPATIA (G992)	1
M511	M511;TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA;1	1
M531	SINDROME CERVICOBRAQUIAL	1
M542	CERVICALGIA	1
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	1
Q604	HIPOPLASIA RENAL BILATERAL	1
R51X	CEFALEA	1
R522	OTRO DOLOR CRONICO	1
S320	FRACTURA DE VERTEBRA LUMBAR	1
S500	CONTUSION DEL CODO	1
Z768	PERSONA EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN OTRAS CIRCUNSTACIAS	1

El perfil de la población atendida muestra una marcada tendencia hacia la neuropediatría y los trastornos del neurodesarrollo infantil, combinada con un volumen menor de patologías osteomusculares y neurológicas del adulto.

1. Clasificación de Casos por Líneas de Rehabilitación

Para entender el impacto en el servicio, los diagnósticos CIE-10 se agrupan en las siguientes categorías clínicas:

A. Trastornos del Neurodesarrollo y Psicoterapia (Línea Principal)

Esta categoría representa la **mayor carga operativa del servicio** (114 casos, aproximadamente el **67% del total**):
F84.0 (Autismo en la niñez): 37 casos (El diagnóstico individual más frecuente).
F90.0 (Perturbación de la actividad y de la atención / TDAH): 28 casos.
F84.1 (Autismo atípico): 23 casos.
F81.8 y F80.8 (Trastornos del aprendizaje, habla y lenguaje): 13 casos en conjunto.
F71.1 y F700 (Retraso mental moderado y leve): 6 casos.
R62.0 (Retardo del desarrollo psicomotor): 3 casos.

B. Rehabilitación Física y Ortopédica (Adultos y Niños)

Concentra las patologías ligadas a dolores crónicos, mecánicos o postraumáticos (28 casos, aprox. 16.5%):
M54.5 (Lumbago no especificado): 9 casos.
Trastornos de columna y dolor (M50.1, M54.2, M79.6, R52.2, M53.1): 7 casos.
Patologías de Rodilla y Articulaciones (M23.8, M25.5, M17.3, M19.1): 7 casos.
M43.1 (Espondilolistesis) y Fracturas/Contusiones (S32.0, S50.0): 5 casos.

C. Rehabilitación Neurológica Compleja

Casos que requieren un abordaje multidisciplinario a largo plazo por secuelas en el sistema nervioso (7 casos, aprox. 4.1%):
I69.4 (Secuelas de enfermedad cerebrovascular): 3 casos.
G30.8 (Otros tipos de enfermedad de Alzheimer): 2 casos.
G40.2 (Epilepsia focal/crisis parciales complejas): 1 caso.
G80.3 (Parálisis cerebral disquinética): 1 caso.
D. Consultas de Control y Otras Morbilidades
Z00.0, Z00.1, Z71.9 y Z76.8 (Controles de salud, rutina del niño y asesorías): 19 casos.
Otras condiciones médicas (Hipotiroidismo, Apnea del sueño, Linfedema): 11 casos.

2. Tabla Resumen de Demanda por Tipo de Terapia

A partir de la morbilidad de la tabla, se puede proyectar la distribución estimada de las remisiones a las distintas áreas terapéuticas:

Área de Terapia	Diagnósticos Principales Asociados (CIE-10)	Carga de Trabajo Relativa	Objetivo Principal de Intervención
Terapia Ocupacional y Cognitiva	F84.0, F84.1, F90.0, F71.1, G30.8	**Muy Alta** (Neuropediatría / Geriatría)	Integración sensorial, conductas adaptativas, estimulación de funciones ejecutivas y de la vida diaria.
Fisioterapia / Terapia Física	M54.5, M23.8, I69.4, M43.1, S32.0, G80.3	**Moderada - Alta** (Ortopedia y Neuro)	Manejo del dolor, reeducación de la marcha, fortalecimiento muscular y recuperación post-ictus o trauma.
Fonoaudiología / Terapia del Lenguaje	F80.8, F80.9, F84.0, H91.9, J387	**Moderada** (Lenguaje y Audición)	Corrección de trastornos del habla, comunicación aumentativa en autismo y

			rehabilitación de la voz/audición.

3. Conclusiones para la Gestión del Servicio

- **Enfoque prioritario Infantil:** El servicio de rehabilitación debe estar fuertemente equipado con personal especializado en **pediatría y neurodesarrollo** (psicólogos infantiles, terapeutas ocupacionales integradores y fonoaudiólogos), ya que el autismo y el TDAH representan casi la mitad de los casos del centro.
- **Alta cronicidad:** Los trastornos del espectro autista (F84) y las secuelas neurológicas (I69.4, G80.3) implican que son pacientes de **larga permanencia**, lo que impacta la disponibilidad de agendas a mediano y largo plazo.

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

DISTRIBUCION DE LA DEMANDA POR SERVICIOS CUPS

CUPS Y DESCRIPCION	CANTIDAD
933300-TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD	69
938303 -TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE: INTERVENCION TERAPEUTICA (SALUD FISICA, SALUD MENTAL) EN LOS COMPONENTES DEL DESEMPENO OCUPACIONAL: SENSORIOMOTOR, NEUROMUSCULOESQUELETICO, COGNITIVO, PSICOSOCIAL, EDUCATIVO Y DEL AMBIENTE PARA EL FUNCIONAMIENTO, LA 57	57
937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD INCLUYE: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACION;	54
943102 -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA;	36
931001 -TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA;	36
943102 -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA;	36
931001 -TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA;	36
943102 -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA;	36
931001 -TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA;	36
890285-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA;	16
944301 -TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA;	13
937202 -TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA VOZ;	13
944301 -TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA;	13
937202 -TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA VOZ;	13
944301 -TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA;	13

937202 -TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA VOZ;	13
890208-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA;	4
890261 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE;	3
890202-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD,;	3
890261 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE;3	
890202-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD,	3
890210 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	2
890213 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE	2
890210 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	2
890210 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	2
940701 -ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	1

El perfil de los códigos CUPS sugiere un enfoque predominantemente neurodesarrollo infantil o rehabilitación neurológica/integral, debido a la alta presencia de psiquiatría pediátrica, terapias cognitivas y terapias integrales combinadas.

Resumen de Distribución por Categoría

CATEGORÍA DE SERVICIO	CANTIDAD TOTAL	PORCENTAJE	ENFOQUE PRINCIPAL
Rehabilitación Física e Hidroterapia	177	34.37%	Terapia física integral y modalidades hídricas.
Salud Mental, Cognitiva y Psicología	148	28.74%	Psicoterapia, rehabilitación cognitiva y neuropsicología.
Fonoaudiología y Voz	93	18.06%	Terapia del lenguaje integral y terapia de voz.
Terapia Ocupacional	57	11.07%	Intervención en componentes del desempeño ocupacional.
Consultas de Primera Vez	40	7.77%	Valoraciones por especialistas y profesionales de salud.

Dominio de la Rehabilitación Motora y Física (34.37%): La Terapia Física Integral (108 sesiones) y las Modalidades Hidráulicas/Hídricas (69 sesiones) acumulan la mayor carga operativa. Esto demuestra una alta necesidad de intervenciones terapéuticas basadas en medios físicos, mecanoterapia y ejercicio terapéutico.

- Fuerte Componente Psicoterapéutico y Cognitivo (28.74%): La Psicoterapia Individual (108 sesiones) empata como el servicio individual más solicitado junto a la terapia física. Sumado a las

39 sesiones de Rehabilitación Cognitiva, se evidencia un modelo de atención enfocado en la salud mental, el manejo conductual o el apoyo a trastornos del aprendizaje.

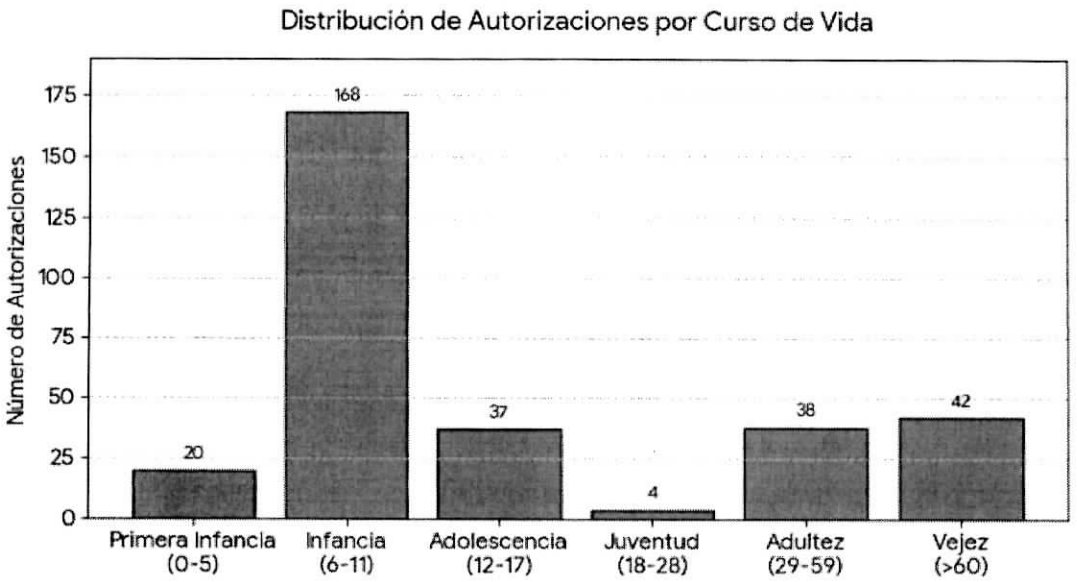
- Modelo de Abordaje Integral: Las áreas de Fonoaudiología (93) y Terapia Ocupacional (57) tienen pesos significativos. Esto es característico de planes de tratamiento multidisciplinarios (comunicación, independencia funcional, integración sensorial y motricidad fina).
- Dinámica de Puerta de Entrada (Consultas): Las consultas representan el 7.77% del total. Destaca la Psiquiatría Pediátrica con 16 consultas de primera vez, lo cual refuerza la hipótesis de que la población atendida es mayoritariamente infantil con necesidades neuropsiquiátricas o del desarrollo. Las demás consultas (fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología y medicina del deporte) actúan como el engranaje de diagnóstico y direccionamiento inicial.

DISTRIBUCION DE LA DEMNADA DE SERVICIOS POR CURSO DE VIDA

MOMENTO CURSO VIDA	Autorizaciones
Primera Infancia (0 - 5)	20
Infancia (6 - 11)	168
Adolescencia (12 - 17)	37
Juventud (18 - 28)	4
Adultez (29 - 59)	38
Vejez (>60)	42

El grupo de Infancia (6 - 11 años) concentra la mayor demanda de servicios de terapias de rehabilitación y desarrollo, registrando un total de 168 autorizaciones, lo cual representa el 54.37% del total general analizado de 309 autorizaciones.

Nota: Al ser una nueva consulta independiente, no tengo acceso a los datos de las tablas que analizaste anteriormente, pero a continuación te presento el desglose detallado de la información actual.



El perfil por curso de vida de la población a atender en este servicio abarca a personas con alteraciones cognitivas, emocionales, neurodesarrollo o salud mental. En Colombia, los servicios integrales se estructuran según los lineamientos del Enfoque de Curso de Vida del Ministerio de Salud:

- Primera Infancia (0 a 5 años): Población con retrasos en el neurodesarrollo, Trastorno del Espectro Autista (TEA), parálisis cerebral o dificultades de aprendizaje. Las terapias se enfocan en la integración sensorial y la estimulación temprana.
- Infancia y Adolescencia (6 a 17 años): Niños y jóvenes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), dificultades comportamentales, trastornos del aprendizaje o problemas de adaptación escolar y social.
- Juventud y Adultez (18 a 59 años): Población afectada por traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares (ACV), enfermedades laborales, estrés crónico, depresión o ansiedad. Se prioriza la rehabilitación funcional, neuropsicológica y la integración psicosocial.
- Personas Mayores (60+ años): Pacientes con deterioro cognitivo leve, demencias (como Alzheimer), enfermedad de Parkinson o secuelas neurológicas. El objetivo es el mantenimiento de la autonomía y la estimulación cognitiva.

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

Se incluirán en este acuerdo de voluntades los elementos definidos en el Decreto No. 441 de 2022, "por el cual se incorporan indicadores en las relaciones contractuales y acuerdos de voluntades con Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS) de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional", y en la Resolución 256 de 2016, conforme a lo siguiente:

La información que se relaciona a continuación es de carácter entregable para el contratista una sola vez.

ITEM DESCRIPCION

1) Lista de servicios de salud autorizados para contratación, según los convenios celebrados con proveedores de servicios médicos.
2) Lista de tecnologías médicas sujetas a contratación.
3) Red completa de proveedores de servicios de salud, afiliada y registrada en el módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y su articulación con los proveedores de tecnologías de salud, así como la complementariedad en servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la población a atender y el lugar de prestación o provisión.
4) El catálogo de guías de práctica clínica y protocolos de atención, de acuerdo con el objeto contractual y los métodos acordados para su entrega y actualización
5) Capacidad instalada y cálculo de suficiencia

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

INDICADORES (Reporte resolución 256 de 2016, 1122 y acuerdo 441)

INDICADOR 1

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Calidad	Proporción de satisfacción global	**Numerador**: Número de usuarios del servicio de consulta externa, procedimientos terapéuticos y ayudas diagnosticas de rehabilitación y neurodesarrollo, que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido? **Denominador**: Número de usuarios que respondieron la pregunta	>90% 89% - 80% 79% -70%

Indicador Nro 1. 1. Nombre Proporción de satisfacción global	
2. Descripción Es un indicador clave de calidad que mide el porcentaje de usuarios que reportan estar satisfechos con la totalidad de la atención recibida en una institución de salud, evaluando aspectos como la calidad del servicio, la comunicación, la accesibilidad y la empatía del personal, a través de encuestas aplicadas a pacientes.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador**: Número de usuarios del servicio de consulta externa, procedimientos terapéuticos y ayudas diagnosticas de rehabilitación y neurodesarrollo, que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido? **Denominador**: Número de usuarios que respondieron la pregunta
5. Periodicidad de medición	mensual
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Res 1446 de 2006
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 2

Este indicador se debe separar por cada consulta de primera vez así:

Consulta primer vez por foniatría y fonoaudiología
Consulta primer vez por fisioterapia
Consulta primer vez por terapia ocupacional
Consulta psiquiatría infantil
Consulta de primera vez por psicología
Consulta de primera vez medicina del deporte

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Calidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de rehabilitación y neurodesarrollo	**Numerador:** Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de rehabilitación y neurodesarrollo de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó **Denominador**: Número total de citas de rehabilitación y neurodesarrollo de primera vez asignadas	[redacted] 20 >20 [redacted]

Indicador Nro. 2. 1. Nombre Oportunidad Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez de rehabilitación y neurodesarrollo	
2. Descripción El indicador de oportunidad mide el tiempo transcurrido entre la solicitud de cita de primera vez de rehabilitación y neurodesarrollo y su realización, siendo crucial para evaluar la agilidad, la calidad asistencial y la capacidad operativa de las instituciones. Este indicador busca evitar retrasos que pongan en riesgo la seguridad, bienestar o vida del paciente, constituyendo un factor determinante de la atención en salud.	
3. Unidad de medida: Días	
4. Fórmula	**Numerador:** Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada en rehabilitación y neurodesarrollo de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó **Denominador:** Número total de citas de Medicina Especializada en rehabilitación y neurodesarrollo de primera vez asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Res 4678, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 20 >20 [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	9%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 3 Este indicador se debe separar por cada procedimiento así

Terapia física integral
Terapia modalidades
Hidráulicas e hídricas
Terapia fonoaudiológica de la voz
Terapia fonoaudiología integral
Terapia ocupacional integral

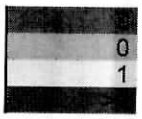
Psicoterapia individual por psicología

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Calidad	Oportunidad Tiempo promedio de programación de procedimientos terapéuticos de rehabilitación y neurodesarrollo	**Numerador**: Sumatoria de la diferencia en días calendario entre la fecha de solicitud del servicio de procedimientos terapéuticos de rehabilitación y neurodesarrollo y la fecha de prestación de este. **Denominador**: Total de citas para procedimientos en el período evaluado en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo	20 >20

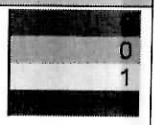
Indicador Nro. 3. 1. Nombre Tiempo promedio de programación de procedimientos de rehabilitación y neurodesarrollo	
2. Descripción El indicador de oportunidad mide el tiempo transcurrido entre la solicitud de un procedimiento de apoyo diagnóstico o complementación terapéutica y su realización, siendo crucial para evaluar la agilidad, la calidad asistencial y la capacidad operativa de las instituciones. Este indicador busca evitar retrasos que pongan en riesgo la seguridad, bienestar o vida del paciente, constituyendo un factor determinante de la atención en salud.	
3. Unidad de medida: Días	
4. Fórmula	**Numerador**: Sumatoria de la diferencia en días calendario entre la fecha de solicitud del servicio de procedimientos terapéuticos de rehabilitación y neurodesarrollo y la fecha de prestación de este. **Denominador**: Total de citas para procedimientos en el período evaluado en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Res 4678, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	20 >20
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 4

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Calidad	Tasa de caídas en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo	**Numerador**: Número total de pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo que sufren caídas en el periodo. **Denominador**: Total de personas atendidas en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo.	0 1

Indicador Nro. 4. 1. Nombre Tasa de caídas en el servicio en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo.	
2. Descripción Es un estimador de las caídas de pacientes de la especialidad y procedimientos en un mes de seguimiento.	
3. Unidad de medida: Por 1000 personas atendidas en la consulta de la especialidad y procedimientos	
4. Fórmula	**Numerador**: Número total de pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo que sufren caídas en el periodo. **Denominador**: Total de personas atendidas en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019, y demás disposiciones vigentes. Política de Seguridad de Paciente. Práctica Segura: prácticas seguras en prevención y reducción de la frecuencia de caídas en Pacientes.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 5

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Calidad/ Seguridad	Proporción de eventos adversos en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo	**Numerador**: Número de eventos adversos relacionados con farmacovigilancia o tecnovigilancia en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo. **Denominador**: Total de personas atendidas en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo.	

Indicador Nro. 5. 1. Nombre Proporción de eventos adversos relacionados con la atención en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo	
2. Descripción Expresa el número de eventos adversos de farmacovigilancia tecnovigilancia relacionados con la atención en la consulta de la especialidad y procedimientos	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador**: Número de eventos adversos relacionados con farmacovigilancia o tecnovigilancia en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo. **Denominador**: Total de personas atendidas en el servicio de rehabilitación y neurodesarrollo.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019 y demás disposiciones vigentes. Política de seguridad de paciente. Prácticas Seguras: uso seguro de medicamentos y otras disposiciones vigentes.

10. Meta, umbral o rango esperado	0 1
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

DE REPORTE TRIMESTRAL (SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

INDICADOR 6

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

Indicador Nro 6. 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 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	5%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 7

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	**Numerador**: Total servicios prestados en el mes anterior **Denominador**: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	>90% 80% 70% [redacted]

Indicador Nro 7. 1. Nombre Índice de Conversión de Servicios Facturados	
2. Descripción Se define técnicamente como un Indicador de Ejecución Presupuestal y Conciliación de Servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea un reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto reportado supere los límites financieros asignados, con el fin de detectar desviaciones o sobre-ejecuciones de manera temprana.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total servicios prestados en el mes anterior Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 8

Tipo de Indicador	**Nombre del Indicador**	**Fórmula operacional**	**Resultado**
Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	**Numerador**: Total facturas sin glosas en el mes **Denominador:** total facturas radicadas en el mismo periodo	>90% 80% 70% [redacted]

Indicador Nro 8. 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 mismo periodo
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/2023 Res. 2284 de 2024,
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 9

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Estructura	Cumplimiento de evaluación adherencia a guías de práctica clínica de acuerdo al plan de trabajo interno de la entidad	**Numerador**: Numero de evaluaciones de guías de práctica clínica realizadas de acuerdo al plan de trabajo en el periodo. **Denominador**: (Número total de evaluaciones planeadas en el periodo) X100%	>90% 80% 70% [redacted]

Indicador Nro. 9. 1. Nombre Cumplimiento de evaluación adherencia a protocolos de acuerdo al plan de trabajo interno de la entidad	
2. Descripción Un Índice de Cumplimiento de evaluación de guías de práctica clínica mide qué tan bien una IPS revisa y evalúa la adherencia a sus guías, según su plan interno, siendo clave para asegurar calidad, seguridad del paciente, cumplimiento normativo y optimización de recursos, permitiendo identificar brechas y mejorar continuamente la atención en salud, en línea con sistemas como el PAMEC o SOGCS en Colombia. Al interior de las organizaciones contribuye a identificar áreas donde las guías son obsoletas o no se cumplen, previniendo fallos, fomenta la evaluación sistemática, clave para el PAMEC y la calidad total.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador**: Numero de evaluaciones realizadas de acuerdo al plan de trabajo en el periodo. **Denominador**: (Número total de evaluaciones planeadas en el periodo) X100%
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Estructura
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019 (Habilitación de servicios), complementada por el Decreto 1072 de 2015 (SG-SST) y Ley 1751 de 2015.

10. Meta, *umbral o rango esperado*	>90% 80% 70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 10

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Resultado	Aprobación del personal asistencial en evaluaciones de capacitaciones	**Numerador**: Número de colaboradores asistenciales que aprueban las evaluaciones con más del 90% de calificación **Denominador**: (Total de colaboradores que realizan las evaluaciones) * 100	89-85% 84%- 80%

Indicador Nro. 10. 1. Nombre aprobación del personal en evaluaciones de capacitaciones	
2. Descripción Evalúa la métrica de aprendizaje que cuantifica el porcentaje de profesionales que han alcanzado los conocimientos y competencias necesarios para aplicar las recomendaciones clínicas de manera segura y efectiva. La evaluación asegura que el personal comprende las nuevas evidencias científicas y los protocolos actualizados, minimizando el riesgo de errores médicos por desactualización. Disminuye la Variabilidad Clínica, al estandarizar el conocimiento mediante la aprobación masiva, se logra que los pacientes reciban tratamientos uniformes basados en la mejor evidencia disponible, lo cual mejora la calidad de la atención	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador**: Número de colaboradores asistenciales que aprueban las evaluaciones con más del 90% de calificación **Denominador**: (Total de colaboradores que realizan las evaluaciones) * 100
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Estructura
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019 que exige su adopción y aplicación por parte de los prestadores, y la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), que consagra el derecho fundamental a la salud y exige la atención basada en evidencia científica.
10. Meta, umbral o rango esperado	89-85% 84%- 80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 11

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Estructura	Indicador de actualización tecnológica de acuerdo al plan de trabajo interno de la entidad	Numerador: Número de equipos o tecnología, actualizaciones o mejoras por medio de TICs en el periodo. Denominador: meta adquisición o actualización de tecnología) *100	89-85% 84%- 80%

Indicador Nro. 11. 1. Nombre Indicador de actualización tecnológica de acuerdo al plan de trabajo interno de la entidad	
2. Descripción evalúa el grado en que una entidad de salud incorpora y utiliza tecnología para mejorar la calidad, eficiencia y resultados (ej: % de historias clínicas digitalizadas, tiempo de espera reducido con TICs, actualización software, compra equipos). Su importancia radica en asegurar la competitividad, sostenibilidad, mejora de la atención al paciente, optimización de procesos y cumplimiento normativo, alineándose con la estrategia de la institución para tomar decisiones informadas sobre inversión tecnológica.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de equipos o tecnología, actualizaciones o mejoras por medio de TICs en el periodo. Denominador: meta adquisición o actualización de tecnología) *100
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Estructura
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 100 de 1993 (Sistema de Garantía de Calidad), la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) 2025-2035, la Resolución 2082 de 2014 (Sistema Único de Acreditación, con su eje de Gestión de Tecnología) y la Resolución 1557 de 2023 (sobre el Plan de Gestión de la Calidad), que exigen a las ESEs y EPSs establecer planes de mejora continua, donde la medición de la tecnología es fundamental para la acreditación y la gestión del riesgo. Resolución 3100 de 2019 (Habilitación de servicios y Ley 1751 de 2015
10. Meta, umbral o rango esperado	89-85% 84%- 80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 12

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Proceso	Porcentaje de usuarios con proceso de contrareferencia completo	Numerador: Total usuarios atendidos en el mes que cuentan con contrareferencia y alta de la especialidad para manejo por consulta externa o RIAS. Denominador: total usuarios atendidos por la especialidad en el periodo de tiempo.	70%-75% -70%

Indicador Nro. 12.1. Nombre Porcentaje de usuarios con proceso de contrareferencia completo	
2. Descripción Un indicador como el "Porcentaje de Usuarios con Proceso de Contrareferencia Completo" mide la efectividad del retorno de pacientes a baja complejidad para atención continua, vital para la integralidad, pues asegura la continuidad asistencial, la adecuada inclusión en Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y programas interdisciplinarios, mejorando la calidad y eficiencia del sistema de salud al evitar reingresos innecesarios y garantizar seguimiento post-atención especializada, enfocándose en el paciente y no solo en el proceso. Busca cuantificar cuántos pacientes, tras recibir atención especializada (alta complejidad), son efectivamente devueltos al nivel primario (baja complejidad) con toda la información y planificación necesaria para su inclusión en programas de manejo crónico y seguimiento por equipos interdisciplinarios.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador**: Total usuarios atendidos en el mes que cuentan con contra referencia y alta de la especialidad para manejo por consulta externa o RIAS. **Denominador**: total usuarios atendidos en el periodo de tiempo.
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	
7. Tipología	Proceso
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que adopta el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)
10. Meta, umbral o rango esperado	70%-75% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

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: dequi.upres-aut@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.

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.

ANEXO No.3

OBLIGACIONES DEL ACUERDO DE VOLUNTADES

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 "Maderablemente 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".

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 RASES N°3	SI. Jesus David Jimenez Chica	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Grupo Contratos RASES N°3	CT. Gustavo Andrés Narváez Arteaga	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Área Logistica y Financiera 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-qco@policia.gov.co.
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA