REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

CONTRATO N° 86-7-20171-26

Pereira, 02 de septiembre de 2026

Señores
FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO
NIT: 800.135.582-7
Representante Legal: LEONARDO LONDOÑO SALAZAR
CC.: 7.554.099 Expedida en Armenia.
Dirección: Carrera 15 numero 1 Norte 49
Teléfonos: 7314370 - 3105193539
Correo electrónico: gerencia@fundacional.org
Armenia, Quindío

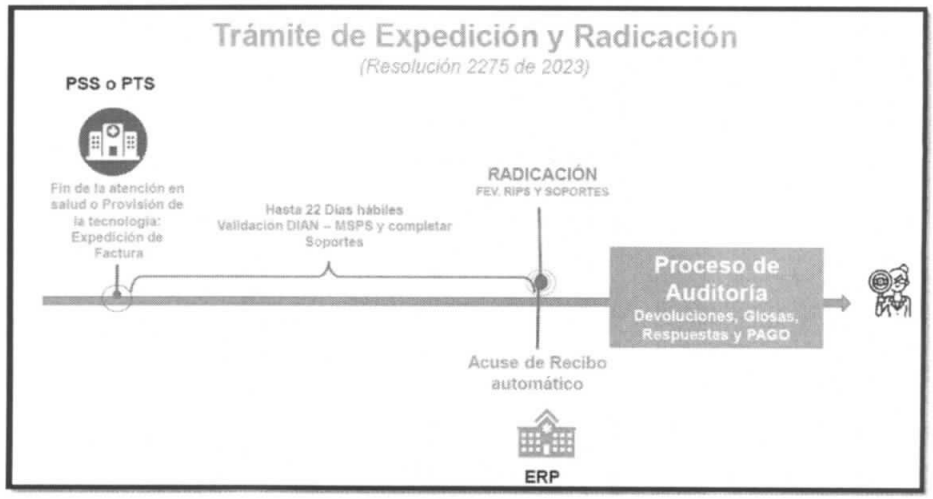
Asunto: **ACEPTACIÓN OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 063 2026**

Cordialmente me permito informarle que en virtud a la invitación pública del proceso **PN RASES N°3 MIC 063 2026**, que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN APOYO TERAPÉUTICO EN TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 (QUINDÍO)"** 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.	**POLICÍA NACIONAL- DIRECCIÓN 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 20 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.	FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO **NIT:** 800.135.582-7 **Representante Legal:** LEONARDO LONDOÑO SALAZAR **CC.**: 7.554.099 Expedida en Armenia. **Ciudad Notificación Judicial:** Armenia, Quindío **Dirección:** Carrera 15 numero 1 Norte 49 **Teléfonos:** 7314370 - 3105193539 **E-mail**: gerencia@fundacional.org

	Cartera y pagos: cartera@fundacional.org Facturación: facturacion-n@fundacional.org Factura electrónica: financiero@fundacional.org Cuentas: cuentasmedicas@fundacional.org
CONSIDERADOS	Que el presente contrato se deriva del proceso de **MÍNIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 063 2026**
SUPERVISOR DEL CONTRATO.	El supervisor del contrato será un integrante de la Unidad prestadora de Salud Quindío, 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 de manera mensual, teniendo en cuenta la fecha 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 NACIÓN, de acuerdo a la CIRCULAR 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 EN APOYO TERAPÉUTICO EN TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 (QUINDÍO)"
VALOR.	DIEZ MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($10.000.000,00) para la vigencia 2026.
APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	Certificado de disponibilidad presupuestal **SIIF 56826 del 03/08/2026 y QUIPU 395 del 03/08/2026** para la vigencia 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 y hasta el 31 de diciembre del 2026; o hasta agotar el presupuesto disponible, lo que primero ocurra. Cabe resaltar que, si dentro del proceso de atención se evidencia que el presupuesto asignado ya se terminó, o se tienen servicios programados que conllevan terminar el presupuesto. Se debe informar de inmediato al señor supervisor.
FORMA DE EJECUCIÓN	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 está ubicado en el área urbana del municipio de Armenia Departamento de Quindío, debidamente HABILITADO para prestar los servicios de salud que ofrece, ante el Ente Territorial de Salud en el Departamento del Quindío y tener implementado Sistema de Garantía de Calidad, Sistema de Información para la calidad, Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad, Programa de Seguridad del Paciente y Sistema de Información Gerencial, acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social o quien haga sus veces. El lugar de prestación del servicio será: Armenia Quindío Dirección: Carrera 15 numero 1 Norte 49 Teléfonos: 6067314370 - 3105193539
FORMA DE PAGO	**Pago retrospectivo. Modalidad de pago posterior al proceso de atención (Decreto 441/2022 art 2.5.3.4.1.3)** El pago es por evento -- retrospectiva, en la cual la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, reconoce y paga al prestador o proveedor cada servicio o tecnología efectivamente prestado, previa facturación y validación, conforme a tarifas y condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades.  Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta que el CONTRATISTA designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, en caso de requerir una modificación del cambio de la cuenta para abono de los pagos de realizar por medio de aviso escrito al responsable de pago con no menos de treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la Firma Contratista. El pago por la prestación de los servicios objeto del contrato se efectuará en pagos parciales en moneda legal colombiana dentro de los (60) días calendario siguientes a la radicación de la respectiva factura en la ventanilla de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N3, junto con los documentos requeridos para el pago, de acuerdo al derecho a turno y la

	programación del plan anual de caja (PAC). La Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 como agente retenedor efectuara las retenciones pertinentes conforme lo establecido en el estatuto tributario u otras normas que lo regulen (Retención en la fuente, Retención en la fuente por IVA, Retención del impuesto de industria y comercio y Sobretasa bomberil). **LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA** La facturación electrónica debe cumplir los requisitos establecidos en los artículos 511, 615, 616-1, 616-2, 616-4, 617, 618, 618-2, y 771-2 del Estatuto Tributario. Así mismo dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-042 del 26-12-2023 de asunto Sistema Facturación Electrónica del SIIF NACIÓN, notifica *"el proceso de emisión y recepción de factura electrónica de venta, cambia su modo de operación y pasa de "Proveedor tecnológico" a "Software propio", es decir, que a partir de ésta fecha todo el proceso de generación, transmisión, validación, expedición y recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito, notas crédito y demás instrumentos electrónicos que se deriven de la factura electrónica de venta con validación previa a su expedición pasará a ser asumido en su totalidad por el SIIF Nación"* y demás disposiciones normativas que modifiquen, adicione o derogue. 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. **RADICACIÓN DE CUENTAS** En atención a las instrucciones impartidas por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en cumplimiento a lo dispuesto en las resoluciones 2275 y 2284 de 2023 del ministerio de salud y protección social) y con el fin de facilitar el proceso de auditoría en el sector salud , se hace necesario estandarizar el envío y recepción de forma digital o electrónica de los soportes de cobro de la prestación de servicios y la provisión de tecnologías en salud, así como el registro de las transacciones mediante el uso de los medios tecnológicos, tal como lo dispuso en los artículos 2.5.3.4.8.2 y 2.5.3.4.8.3 del Decreto 780 de 2016 relativo a los canales de relacionamiento y a los mecanismos de entrega y actualización de información. Razón por la cual, se dispone del correo electrónico **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 y la radicación de manera física se realizará en las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Quindío ubicada en la Calle 1 norte No. 12-70 - Local 101A Fundadores, oficina central de cuenta UPRES QUINDÍO, únicamente con los soportes físicos establecidos en el literal a) Información requerida de manera física en horario con atención al público de lunes a viernes de 08 de la mañana a 11:30 horas y de 02:00 PM a 05:30 PM, donde se asignará un número de radicación de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "*Derecho a Turno*". b) Información requerida de forma magnética en herramientas tecnológicas Soportes pactados en la minuta contractual y los establecidos en la Resolución 2335 del 2023 "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones", como son: ✓ Las autorizaciones. ✓ Epicrisis. ✓ Resultados de exámenes de apoyo diagnóstico, registro de anestesia, hoja de traslado, formulas médicas entre otros. ✓ RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud). **PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA LA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO A SATISFACCIÓN):** Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, y realizada la revisión por parte del supervisor del contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes a la central de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo. Al momento de la radicación se generará el número único de radicación informando al facturador electrónico del sector salud conforme con el mecanismo establecido por las partes y al Ministerio de Salud y Protección Social a través del módulo FEV-RIPS del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1962 de 2025 expedida por esté Ministerio.

AUDITORIA DE CUENTAS:

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

"Articulo 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes. formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura. con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura. salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

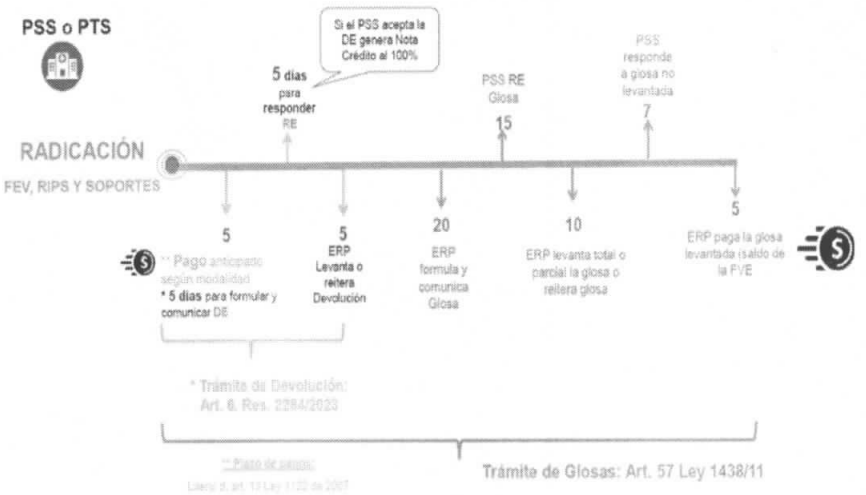
El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud. dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago. dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta. decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles. el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable. tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

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

"Una vez vencidos los términos. y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud. bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador. en los términos establecidos por la Ley.

Adicionalmente la guía refiere lo siguiente:

<table>
<tr><td></td><td>Tiempos trámite de devoluciones y glosas


NOMBRE BENEFICIARIO: FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA: 0560136169998632</td></tr>
<tr><td>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.</td><td>Las contempladas en el ANEXO No 1</td></tr>
<tr><td>GARANTÍA ÚNICA</td><td>GARANTÍA ÚNICA - Con el objeto de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones, el CONTRATISTA se compromete a suscribir a favor del CONTRATANTE: <u>REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. NIT 900.339.410-8</u>, 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:</td></tr>
</table>

	asegurado por los perjuicios causados a terceros derivada de la posesión y el uso de los aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapéuticos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica, la cobertura cubre también la responsabilidad civil extracontractual del asegurado por daños materiales o daños personales, se ampara también los daños ocurridos como consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales médicos, quirúrgicos o dentales, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestación del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisión directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes, ampara igualmente, los gastos judiciales y/o gastos de defensa sublimitado al 10% del valor asegurado de la póliza en el agregado vigencia no podrá ser inferior a doscientos salarios mínimos legales vigentes (200 SMLMV) al momento de la expedición de la póliza, para aquellos contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500 SMLMV),, y deberá extenderse con un término igual a la ejecución del contrato. (se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y EL ASEGURADO REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3, CON EL NIT 900.339.410-8 // beneficiarios: terceros afectados) **NOTA 1**: si llegado el caso el contratista, aporta la póliza global o anual, esta se debe **ENDOSAR**, lo que significa que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.3, es **ASEGURADO ADICIONAL, DURANTE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO CONTRATADO**, igualmente para que la póliza global sea aceptada debe cumplir el plazo y los amparos solicitados por la RASES 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 término 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 1º 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. PARÁGRAFO- 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 063 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:	Integrante de Contratos RASES N°3	SI. Lina Marcela Silva Ramirez	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Grupo Contratos RASES N°3 (E)	CT. Gustavo Andrés Narváez Arteaga	
REVISADO PARA FIRMA POR	Abogado RASES N°3	CPS. Nelson Raúl Figueroa Peñaloza	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Área Logistica y Financiera RASES N°3	MY. Camilo Andrés Barón Trujillo	

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

INFORMACIÓN PÚBLICA

ANEXO N° 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ÍTEM	CUPS	PROCEDIMIENTO	PRECIO ESTIMADO	VALOR UNITARIO INCLUIDO VA
1	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR SESIÓN	1 SESIÓN	$ 45.477

ANEXO N°2

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

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

	servicio o la tecnología ordenada. ➢ Que el servicio o la tecnología cuente con autorización previa de la Oficina de Referencia de la Unidad Prestadora de Salud.
3	Los servicios se prestarán durante la ejecución del contrato conforme al portafolio, pliegos y oferta; alineados con protocolos y guías técnico-científicas, el Acuerdo 093 de 2025 (Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial) y el Modelo de Atención (MATIS). Igualmente se aplicarán los atributos de calidad (oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficacia) y las buenas prácticas; todo bajo el principio pro homine, privilegiando la interpretación más favorable al derecho a la salud. El supervisor o referencia de la unidad, pueden solicitar el modelo de prestación de servicios de salud o remitir el (MATIS), de la Policía Nacional
4	Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad de la IPS, Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo o acción médica". "Por lo anterior el contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, en el formato (3ss - fr – 006)" reporte de incidentes y eventos adversos, este reporte se enviará al supervisor del contrato y la Unidad Prestadora de salud, quienes tramitaran a la oficina de la garantía de la calidad para la verificación de la situación. **El contratista anexara el protocolo o ruta de manejo de eventos adversos**
5	Todas las atenciones, se realizarán de acuerdo con la orden médica que especifique la ayuda terapéutica a realizar, incluyendo el CUPS del servicio, el diagnóstico, con el soporte de historia clínica y con la autorización del módulo SISAP expedida por referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud. Cuando existan dudas sobre la autorización (p. ej., códigos CUPS, servicio autorizado, validez), la IPS contratada deberá analizar la información y contactara de inmediato al área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud. **El usuario deberá presentar su documento de identificación (cedula, tarjeta identidad, NUIP, ect) al momento de tomar los servicios**.
6	El contratista garantizará que los materiales especiales y/o los equipos vinculados al objeto del contrato cuenten con mantenimientos vigentes, hojas de vida actualizadas, así como con las licencias y permisos expedidos por la autoridad competente. En caso de que se presenten fallas en los equipos que afecten la oportunidad en la atención, el contratista informará de manera inmediata al supervisor del contrato, en caso de no contar con una sede alterna, deberá presentar dentro de las 24 horas siguientes a la novedad, al supervisor una propuesta de alianza debidamente habilitada que garantice la continuidad en la prestación de los servicios de salud; igualmente, cuando la afectación en la oportunidad del servicio se origine por falta de talento humano o habilitación del servicio, dicha situación deberá tramitarse bajo las mismas condiciones aquí establecidas.
7	**EXPERIENCIA 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.
8	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El contratista cumplirá con los estándares de calidad, así mismo deberá contar con la Constancia de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente al momento de la presentación su propuesta y si dentro del proceso contractual vence se debe actualizar. según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 "*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*". y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen. Igualmente, el **contratista,** debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..."
9	El contratista asigna un funcionario, quien revisara y vigilara la ejecución del contrato, solucionando los inconvenientes que se presenten e igualmente comunicara al supervisor del contrato cuando se ha ejecutado (70%) del contrato. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Nombre: Leonardo Londoño Salazar Teléfonos: 3105193539 Correo electrónico: gerencia@fundacional.org
10	El contratista designa 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: Yisel Juliana Giraldo Román Cargo: Líder Citas Teléfonos: 314 8464037 Correo electrónico: coord.citas@fundacional.org
11	De acuerdo a la conducta medica expedida por La Regional de Aseguramiento en Salud N°3 o red externa, debe ser realizada por el especialista indicado, queda totalmente prohibido que la conducta sea realizada por otra especialidad o por estudiantes, de no cumplir a cabalidad con la presente condición, será objeto de glosa.
12	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 NO reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el contratista debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo. Estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considera costos adicionales, los cuales deberán sostener durante el plazo de ejecución del contrato.

13	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.
14	Para una atención integral y eficiente a los usuarios de la Dirección de Sanidad – Regional de Aseguramiento en Salud N°3, EL CONTRATISTA utilizara la siguiente información para la ejecución del contrato: • Horarios de Atención: • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica: **8:00am a 5:00pm - PBX 7314370** Presencial: 6:30am a 5:00pm - WhatsApp: 8:00am a 5:00pm - 3108469345 correo electrónico: **citas@fundacional.org** página web: **www.fundacional.org** • **Notificación de citas o recordatorios SI X___ NO ___** • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos: Telefónica: **8:00am a 5:00pm - PBX 7314370** Presencial: 7:00am a 5:00pm WhatsApp 8:00am a 5:00pm - 3108469345 correo electrónico: **citas@fundacional.org** página web: **www.fundacional.org** • Entrega de resultados: **https://fundacionalejandrolondono.cmr- apps.com:8550/Portal/#/login** Telefónica: **8:00am a 5:00pm - PBX 7314370** Presencial: 7:00am a 5:00pm WhatsApp correo electrónico: **transcripcion@fundacional.org** página web: **https://fundacionalejandrolondono.cmr-apps.com:8550/Portal/#/login** • **Dirección y teléfonos para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias:** Telefónica: **8:00am a 5:00pm - PBX 7314370** Presencial: 7:00am a 5:00pm WhatsApp 8:00am a 5:00pm - 3108469345 correo electrónico: **citas@fundacional.org** **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.

ÍTEMS	CRITERIOS	Tiempo
1	Oportunidad en la programación del inicio de las secciones de terapia cardiovascular, una vez recepcionada la solicitud en la IPS contratada	1 a 5 días hábiles

Anexo 2.1

DEMAS ASPECTOS TÉCNICOS DEL ACUERDO DE VOLUNTADES

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.

IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS RIESGOS EN SALUD Y CANALIZACIÓN

Los siguientes eventos detectados por parte del talento humano del contratista, ya sea del equipo asistencial, de facturación o estadística, en la población del subsistema que le fue remitida, deberán ser notificados a la supervisión del contrato y líder de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, para ser canalizados a la ruta correspondiente, mejorando la calidad e integralidad de la atención, como se describe a continuación, con el fin de realizarles el seguimiento priorizado en la Unidad Prestadora de Salud Quindío:

Trámite	Conducta de notificación y canalización	
	Notificar al supervisor al siguiente Correo electrónico: paula.castano@correo.policia.gov.co Celular: 3116175408 y correos dequi.upres-pms@policia.gov.co y dequi.upres@policia.gov.co	Remitir el paciente al siguiente prestador
	Notificar al área de Promoción y mantenimientop de la salud de la UPRES al siguiente Correoelectrónico: dequi.upres-pym@ policia.gov.co	Remitir información del paciente a RPMS de la UPRES

Trámite	Conducta de notificación y canalización	
Inasistencia a cita asignada para consulta de TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	Dentro de las 48 horas siguientes a la inasistencia.	Remitir información del paciente al supervisor del contrato y al área de la RPMS de la UPRES
Inasistencia programación de estudios diagnósticos para detectar, identificar y monitorear enfermedades o afecciones, el desprendimiento de retina, la oclusión de la arteria central de la retina y el glaucoma agudo de ángulo cerrado.	Dentro de las 48 horas siguientes a la inasistencia.	Remitir información del paciente al supervisor del contrato y al área de la RPMS de la UPRES
Atenciones pacientes del grupo de la Ruta materno perinatal humanizada	Dentro de las 48 horas siguientes a la atención si lo van a dejar es inmediato porque es indicador de riesgo	Remitir información del paciente al supervisor del contrato y al área de la RPMS de la UPRES
Cualquier síntoma o signo de alarma que sugiera inestabilidad hemodinámica o progresión de enfermedad debe canalizarse de forma priorizada, empeoramiento de la Insuficiencia Cardíaca, aparición de disnea progresiva, ortopnea, disnea paroxística nocturna, o ganancia de peso mayor a 2 kg en pocos días, Angina de reciente comienzo, aumento en la frecuencia, intensidad o duración del dolor precordial, incluso en reposo. Palpitaciones irregulares, mareos, presíncope, síncope o fatiga extrema injustificada durante o después del ejercicio Complicaciones Vasculares Periféricas: Claudicación intermitente de rápida progresión o frialdad, cianosis y dolor en extremidades, Respuesta Hipertensiva Anómala: Presión arterial sistólica que supera los 180 mmHg o diastólica >110 mmHg durante la sesión, o hipotensión sintomática post-ejercicio	Dentro de las 48 horas siguientes a haber sido identificada. Por los riesgos de los hallazgos definir si incluso se requiere remisión a urgencias y si es el caso derivarlo de acuerdo a la conducta definida.	Remitir información del paciente al supervisor del contrato y al área de la RPMS de la UPRES
Atenciones del grupo de oncología – alto costo	Dentro de las 48 horas siguientes a la atención	Remitir información del paciente al supervisor del contrato y al área de la RPMS de la UPRES
Usuario con un nuevo riesgo identificado que requiere ser ingresado y valorado por consulta externa en una de las Ruta Integral de Atención en Salud priorizadas por el Ministerio de Salud.	Dentro de los 7 días siguientes a haber sido identificado.	
Atenciones del grupo de la ruta primera infancia e infancia	Dentro de las 48 horas siguientes a la atención	Remitir información del paciente al supervisor del contrato y al área de la RPMS de la UPRES

TRANSFERENCIA INSTITUCIONAL Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO PRIMARIO.

Como gestor permanente del riesgo, EL CONTRATISTA debe efectuar los reportes de obligatorio cumplimiento que, como Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, y como

requiera la Autoridad Sanitaria Nacional, territorial, 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 líder de rutas		Habilitado por usuario Portal de Servicios Internos PSS
Solicitud de autorización	dequi.upres-rco@policia.gov.co		Habilitado por usuario Portal de Servicios Internos PSS

PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA 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), no requerirá una nueva solicitud de autorización. (las autorizaciones tendrán una vigencia de 90 días y estarán con cargo al contrato vigente,)

El mismo trato de integralidad en la atención, sin necesidad de autorización, deberá darse a la atención integral del **cáncer, la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con la implementación de las RIAS que el Ministerio de Salud y Protección Social haya definido como de obligatorio cumplimiento; las priorizadas** por EL CONTRATANTE, la gestión de eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública, y todos aquellos de obligatorio cumplimiento para los prestadores y proveedores del régimen de excepción; estas poblaciones se describen a continuación.

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

No obstante, para efectos de soporte de legalidad, seguimiento, gestión de riesgos y evitar sobre-ejecución del acuerdo de voluntades (contrato), es indispensable que el prestador o proveedor:

- Incluya esos servicios o tecnologías dentro de la oferta (los no explícitamente requeridos dentro del objeto), con su respectivo valor, lo cual hace parte de la integralidad del objeto del acuerdo de voluntades (contrato).

- Reporte a la supervisión del acuerdo de voluntades (contrato) periódicamente (máximo mensualmente), dichas novedades y el resultado de la atención, de acuerdo con el tipo de diagnóstico, la fase de atención o la evolución clínica de la persona.

- Efectúe las coordinaciones de traslado asistencial, si fuere necesario, con la dependencia de referencia y contra-referencia de EL CONTRATANTE.

Para fines de dar continuidad a las atenciones que no requieren autorización (antes mencionadas), pero que no son brindadas por el prestador o proveedor, EL CONTRATISTA puede remitir el usuario a un prestador o proveedor de la red o subred integral e integrada de servicios de salud publicada por EL CONTRATANTE.

GESTIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS EN ATENCIÓN ELECTIVA O PROGRAMABLE AMBULATORIA U HOSPITALARIA

Para la gestión de estas autorizaciones se establece lo definido en el instructivo 018 y en los lineamientos del PSS a excepción de los siguientes grupos de población para los cuales se utilizarán las acciones de referencia y autorizaciones priorizadas.

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
- Gestantes

La solicitud de autorización para los servicios de atención prioritaria, así como la atención electiva o programable ambulatoria u hospitalaria para las personas antes mencionadas será realizada por el prestador de servicios de salud.

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA AUTORIZACIÓN EN LOS 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
- Gestantes

La solicitud de autorización para los servicios y tecnologías en salud electivas en atención no prioritaria, 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.

Recibida la solicitud de autorización, EL CONTRATANTE dispondrá de un plazo máximo de cinco (5) días calendario para definir el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, garantizando la disponibilidad y oportunidad. Dentro del mismo término, comunicará al usuario y al prestador solicitante, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud autorizado y la fecha y hora en que se hará la prestación o provisión del servicio o tecnologías en salud.

Si EL CONTRATANTE no responde al prestador de servicios de salud en los términos establecidos en este numeral y el prestador tiene el servicio requerido habilitado, prestará la atención y facturará anexando la evidencia del envío de la solicitud de la autorización a EL CONTRATANTE sin que este pueda glosar la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o que no pertenece a la red o subred integral e integrada de salud de EL CONTRATANTE de acuerdo la disponibilidad presupuestal.

No obstante, para efectos de soporte de legalidad, seguimiento, gestión de riesgos y evitar sobre-ejecución del acuerdo de voluntades (contrato), es indispensable que el prestador de servicios de salud incluya dentro de la oferta, los demás servicios o tecnologías no explícitamente requeridos por EL CONTRATANTE, con su respectivo valor, y que pudieran en algún momento ser suministrados, como parte de la integralidad del objeto del Acuerdo de Voluntad (contrato).

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA AUTORIZACIÓN EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD ELECTIVAS EN ATENCIÓN NO PRIORITARIA

Para la gestión de estas autorizaciones se establece lo definido en el instructivo 018 y en los lineamientos del PSS a excepción de los siguientes grupos de población para los cuales se utilizarán las acciones de referencia y autorizaciones priorizadas.

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
Gestantes

No obstante, para efectos de soporte de legalidad, seguimiento, gestión de riesgos y evitar sobre-ejecución del acuerdo de voluntades (contrato), es indispensable que el prestador de servicios de salud incluya dentro de la oferta, los demás servicios o tecnologías no explícitamente requeridos por EL CONTRATANTE, con su respectivo valor, y que pudieran en algún momento ser suministrados, como parte de la integralidad del objeto del Acuerdo de Voluntad (contrato).

GESTIÓN EN EL PROCESO DE REFERENCIA

Para el envío de la solicitud de referencia solo de la población priorizada, 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.
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
Gestantes

Recibida la solicitud, El CONTRATANTE dará respuesta definiendo el prestador de servicios de salud receptor dentro de su red o subred integral e integrada de servicios de salud para la atención requerida o por fuera de esta (sí no hay disponibilidad y se trata de una urgencia), con copia al prestador solicitante, e informará el prestador receptor a la persona o a su contacto de emergencia, por medio de los canales de información, atendiendo a los siguientes términos:

- En urgencias: NO APLICA
- En atención prioritaria: máximo SETENTA Y DOS (72) horas.
- En servicios electivos o programables: máximo cinco (5) días calendario.

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.

VIGENCIA DE LAS AUTORIZACIONES Y FÓRMULAS MÉDICAS

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 o cambio de prestador, salvo para los siguientes casos:

El oxígeno domiciliario y los dispositivos relacionados con la atención para personas con condiciones crónicas se expedirá por una única vez y mantendrá su vigencia hasta tanto el profesional tratante disponga que no se requiere.

Para personas con condiciones de salud crónicas con manejo farmacológico, El CONTRATANTE garantiza la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a noventa (90) días calendario, pudiendo ser hasta ciento veinte días (120) o ciento ochenta (180) días (en caso de quimioterapia), con entregas no inferiores a un (1) mes. La vigencia de la fórmula médica para todos los medicamentos descritos en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP será de treinta días (30) calendario (Acuerdo CSSMP 080 de 2022)

GESTIÓN DE RIESGO TÉCNICO

El (los) protocolo (s) o guía (s) de práctica clínica que se requiere debe aplicar EL CONTRATISTA, en desarrollo del contrato (acuerdo de voluntades), es(son) el(los) siguiente(s):

La gestión del riesgo técnico en rehabilitación cardíaca exige garantizar la seguridad del paciente y la efectividad del ejercicio supervisado. EL CONTRATISTA debe aplicar lineamientos nacionales obligatorios

para mitigar eventos adversos (arritmias, isquemias), mantener el soporte psicosocial y asegurar la adherencia al tratamiento.

Componentes de la Gestión del Riesgo Técnico

El contratista deberá implementar un modelo integral basado en las siguientes dimensiones:

- **Estratificación del Riesgo:** Evaluación médica y funcional inicial para clasificar el riesgo cardiovascular del paciente (bajo, moderado o alto).
- **Prescripción de Ejercicio Seguro:** Diseño de planes de entrenamiento aeróbico y de fuerza supervisados, con monitoreo continuo de signos vitales y umbrales de seguridad.
- **Prevención Secundaria y Educación:** Consejo dietético, control estricto de factores de riesgo (hipertensión, lípidos, tabaquismo, diabetes) y fomento de hábitos de vida saludable.
- **Soporte Psicosocial:** Detección y manejo de trastornos como ansiedad o depresión asociados al evento cardíaco.
- **Plan de Emergencias:** Protocolo de actuación rápida ante eventos adversos cardiovasculares graves, incluyendo disponibilidad de carro de paro y desfibrilador (DEA) en el sitio de atención.

Guías de Práctica Clínica (GPC) Obligatorias

En desarrollo del acuerdo de voluntades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, EL CONTRATISTA está obligado a cumplir y aplicar como estándar mínimo las siguientes normativas y guías oficiales:

1. **Guía de Práctica Clínica de Falla Cardíaca (MinSalud / IETS):** Directriz nacional de adopción obligatoria para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en población mayor de 18 años (específicamente la clasificación B, C y D). Puede consultarse en la Guía de Práctica Clínica de MinSalud.
2. **Lineamientos RIAS Cardiovascular:** El prestador debe alinear sus protocolos al enfoque de Rutas Integrales de Atención en Salud, disponibles para revisión en los Lineamientos RIAS de Consultor salud.
3. **Protocolos de la Sociedad Colombiana de Cardiología (SCC):** Documentos de referencia avalados por las sociedades científicas del país.
4. **Guías de la AHA / AACVPR:** Estándares internacionales de oro adoptados como buenas prácticas globales para el funcionamiento seguro de unidades de rehabilitación cardíaca

Con la finalidad de incluir los aspectos técnicos mínimos que deben contener los acuerdos de voluntades, establecidos en el Decreto No. 441 de 2022, "por el cual se regula los acuerdos de voluntades (contratos) entre EPS, IPS y proveedores de tecnologías en salud. Establece normas para la contratación, la nota técnica, la facturación, glosas y pagos, con énfasis en la calidad de la atención, la gestión de riesgos y la auditoría, buscando eficiencia financiera y la protección al usuario", se solicitará con la carta de inicio, la información que se relaciona a continuación en un entregable digital por una sola vez.

ÍTEM	*DESCRIPCIÓN*
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*

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

Los servicios y tecnologías que hacen parte del plan de beneficios del Subsistema, están normados en: "Acuerdo Nro. 093 del 08 de octubre 2025 "Por el cual se establece el Plan de Servicios y Tecnologías en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"
Acuerdo Nro. 080 de 2022 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

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

EL CONTRATISTA garantizará contar o cumplir con lo siguiente:

➢Divulgación a los usuarios de los requisitos y recomendaciones para un mejor acceso y uso del (de los) servicio (s) o tecnología (s) en salud que ofrece.
➢Facilidades de acceso físicas, tecnológicas y de acompañamiento, para usuarios con discapacidad, talla baja o con otras condiciones de vulnerabilidad (población adulta mayor, gestantes, infantes).
➢Mecanismos de identificación de entrada y control de salida, para los infantes y sus acompañantes.
➢Divulgación a los usuarios, sobre la ubicación de las dependencias donde se pueden instaurar quejas, solicitudes, observaciones o reclamaciones, o los medios alternativos para efectuarlas.
➢Salas de espera adecuadamente iluminadas y ventiladas, con suficiente número de sillas para el volumen de demanda atendida.
➢Asignación oportuna de citas con módulos para radicación y asignación presencial de citas y/o aplicaciones para radicación y asignación virtual de citas, o gestores que reciban la solicitud y asignen de forma diferida las citas, caso último en el cual, EL CONTRATISTA, una vez asignada la cita, deberá efectuar llamada al usuario y envío de mensaje de correo o mensaje de texto.
➢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.

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

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

➢ **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,

la cual deberá ser obtenida de los RIPS entregados por el contratista, quien para la atención deberá actualizar la información del usuario relacionad con:

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

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):

Teniendo en cuenta que las diferentes patologías, puede ocurrir en varios de los cursos de vida, el presente contrato contempla la atención a la población objeto descrita a continuación:

La población objeto del presente contrato, conforme a su lugar de residencia, se encuentra distribuida de la siguiente forma

CENSO POBLACIONAL SEGÚN MOMENTO CURSO DE VIDA Y SEXO.

CENSO POR CICLO DE VIDA ABRIL										
REGION –	DEPAR	MUNICIPIO	GE	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
3	Quindío	ARMENIA	F	115	290	390	587	1.396	1.054	3.832
3	Quindío	ARMENIA	M	137	310	323	530	1.879	1.248	4.427
3	Quindío	BUENAVISTA	F	1	2	2	2	7	1	15
3	Quindío	BUENAVISTA	M	0	3	3	4	16	6	32
3	Quindío	CALARCA	F	23	43	69	83	234	153	605
3	Quindío	CALARCA	M	21	65	65	57	311	182	701
3	Quindío	CIRCASIA	F	9	14	24	30	60	47	184
3	Quindío	CIRCASIA	M	5	11	10	26	112	49	213
3	Quindío	CÓRDOBA	F	1	1	1	6	8	3	20
3	Quindío	CÓRDOBA	M	3	2	5	4	19	4	37
3	Quindío	FILANDIA	F	2	8	5	10	21	14	60
3	Quindío	FILANDIA	M	2	4	6	10	48	17	87
3	Quindío	GÉNOVA	F	0	0	1	2	6	6	15
3	Quindío	GÉNOVA	M	2	4	2	6	11	6	31
3	Quindío	LA TEBAIDA	F	7	18	26	27	65	39	182
3	Quindío	LA TEBAIDA	M	3	17	25	42	99	55	241
3	Quindío	MONTENEGRO	F	8	30	24	26	77	38	203
3	Quindío	MONTENEGRO	M	12	22	25	30	119	69	277
3	Quindío	PIJAO	F	0	3	4	3	5	0	15
3	Quindío	PIJAO	M	2	3	1	3	16	4	29
3	Quindío	QUIMBAYA	F	8	17	21	27	81	39	193
3	Quindío	QUIMBAYA	M	17	18	16	21	95	54	221
3	Quindío	SALENTO	F	2	3	2	7	9	8	31
3	Quindío	SALENTO	M	1	4	1	7	13	9	35
3	Valle del Cauca	ALCALÁ	F	0	2	0	7	5	5	19
3	Valle del	ALCALÁ	M	0	0	0	3	14	5	22

CENSO POR CICLO DE VIDA ABRIL										
REGION –	DEPAR	MUNICIPIO	GE	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
	Cauca									
3	Valle del Cauca	CAICEDONIA	F	3	10	16	36	56	35	156
3	Valle del Cauca	CAICEDONIA	M	3	12	20	29	61	36	161
3	Valle del Cauca	SEVILLA	F	12	23	33	46	121	59	294
3	Valle del Cauca	SEVILLA	M	11	29	26	64	173	80	383
3	Valle del Cauca	ULLOA	F	0	0	2	1	4	0	7
3	Valle del Cauca	ULLOA	M	0	0	0	3	5	0	8
TOTAL										12.736

Conclusiones

Análisis de perfil epidemiológico UPRES Quindío

El análisis integral de la UPRES Quindío evidencia una población adscrita de 12.736 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 deenfermedad 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.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD.

Demanda de acuerdo a la morbilidad general relacionada con el objeto contractual

PRINCIPALES CIE 10

CIE10	DIAGNOSTICO	AUTORIZACIONES
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	1
I200	ANGINA INESTABLE	1
I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN OTRA ESPECIFICACION	1
I255	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	10
I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1
J90X	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	2
K047	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1
Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	3
TOTAL, GENERAL		**23**

Análisis

La cardiopatía isquémica (I255), con 10 autorizaciones, lidera la morbilidad en este servicio de rehabilitación cardíaca, reflejando con precisión el panorama epidemiológico del Quindío, donde las enfermedades isquémicas del corazón constituyen la principal causa de mortalidad cardiovascular. De acuerdo con los datos técnicos regionales del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Quindío y reportes de salud pública, el departamento enfrenta una de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares más elevadas del Eje Cafetero (alrededor de 140 muertes por cada 100.000 habitantes). Esto se debe a una pirámide poblacional en avanzado proceso de envejecimiento y a una alta prevalencia de factores de riesgo metabólicos.

1. Análisis de la Tabla de Morbilidad (Datos del Servicio)

El volumen total registra 23 autorizaciones concentradas en diagnósticos del sistema circulatorio, clasificándose de la siguiente manera:

- Cardiopatía Isquémica (I255): 10 casos (43.5% del total). Es el núcleo del servicio.
- Hipertensión Esencial (I10X): 3 casos (13% del total). Actúa como patología base primaria.
- Exámenes Generales (Z008): 3 casos. Corresponden a tamizajes o valoraciones de ingreso.
- Derrame Pleural (J90X): 2 casos. Complicación pulmonar asociada a falla cardíaca o cirugías.
- Eventos Agudos y Arritmias (I219, I200, I48X, I500): 1 caso cada uno. Suman el 17.4% e incluyen infartos, angina inestable, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca.
- Patología No Relacionada (K047): 1 caso de absceso dental, relevante por el riesgo de endocarditis.

2. Correlación Técnica con la Población del Quindío

Alta Incidencia de Cardiopatía Isquémica e Infartos

La alta concentración de Cardiopatía Isquémica (I255) e Infarto Agudo del Miocardio (I219) se alinea con los datos del DANE, que sitúan a las enfermedades isquémicas como la primera causa de muerte en el territorio. Estudios locales en Armenia señalan que la prevalencia de infartos captados por programas de riesgo cardiovascular ha mostrado históricamente picos críticos debido al ingreso tardío a prevención secundaria.

Transición Demográfica del Quindío (Envejecimiento)

El Quindío registra uno de los índices de envejecimiento más altos de Colombia. Patologías crónicas de la tabla como la Fibrilación Auricular (I48X) y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I500) son típicamente prevalentes en adultos mayores de 65 años, un segmento de rápido crecimiento en municipios como Armenia, Circasia y Calarcá.

Hipertensión como Factor Vinculante Nacional y Regional

La Hipertensión Arterial (I10X) aparece con 3 autorizaciones directas, pero técnicamente es la causa subyacente de la mayoría de los casos de isquemia e insuficiencia cardíaca de la tabla (p. 1). En las cohortes de riesgo cardiovascular del Quindío, más del 76% de los pacientes del programa son hipertensos. Esto demuestra que la hipertensión es el principal disparador de los eventos agudos que terminan requiriendo rehabilitación.

Complicaciones Clínicas (Derrame Pleural)

Los 2 casos de Derrame Pleural (J90X) se correlacionan de forma directa como complicaciones de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I500) o como secuelas postquirúrgicas de revascularizaciones miocárdicas (p. 1), procedimientos comunes en pacientes con la severidad isquémica que caracteriza a la población quindiana.

3. Conclusiones para la Gestión del Servicio

El perfil de la tabla demuestra que el servicio de rehabilitación está operando principalmente como un centro de reacondicionamiento post-evento isquémico agudo y crónico (p. 1). Ante el panorama epidemiológico del Quindío, se sugiere fortalecer la búsqueda activa de pacientes con hipertensión arterial

controlada y angina inestable para intervenir de forma temprana, disminuyendo la tasa de reinfartos y la mortalidad general en el departamento.

ANÁLISIS

El perfil del paciente que requiere rehabilitación cardiovascular abarca a **personas de cualquier edad** con afecciones cardíacas o alto riesgo de desarrollarlas, que buscan recuperar su capacidad funcional y calidad de vida. Su objetivo principal es reincorporarse a sus actividades cotidianas, laborales y sociales de forma segura.

Los usuarios de este servicio, suelen ser pacientes que han experimentado los siguientes eventos o tratamientos:

Síndromes coronarios: Infarto agudo al miocardio o angina inestable.
Procedimientos quirúrgicos o intervencionistas: Cirugía de bypass aorto-coronario, stent coronario, angioplastia o reparación y reemplazo de válvulas

Insuficiencia cardíaca: Pacientes crónicos compensados hemodinámicamente.

Condiciones estructurales: Trasplante cardíaco, cardiopatías congénitas o portadores de dispositivos (marcapasos, desfibriladores, asistencia ventricular).

Enfermedad vascular periférica.

Para participar en el programa, el paciente debe ser evaluado por un equipo multidisciplinario (cardiólogos, fisioterapeutas y psicólogos) para descartar descompensaciones agudas. Los programas se adaptan a cada caso mediante la estratificación del riesgo, ejercicios monitorizados, educación nutricional y apoyo psicológico.

DEMANDA DE SERVICIOS POR CURSO DE VIDA

DEMANDA DE SERVICIOS POR CURSO DE VIDA	
ADULTEZ 29 A 59 AÑOS	1
VEJEZ >60	22
TOTAL	23

La demanda del servicio de rehabilitación cardíaca está concentrada casi en su totalidad (95.6%) en la población de la vejez (mayores de 60 años). Esta distribución guarda una relación directa y lógica con el perfil de morbilidad y mortalidad cardiovascular en Colombia, donde la edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de eventos coronarios agudos y fallas cardíacas crónicas.

1. Análisis de la Demanda de Servicios por Curso de Vida
De acuerdo con la tabla de datos suministrada, el volumen de atención se divide de la siguiente manera:
Adultez (29 a 59 años): 1 servicio solicitado (4.4% del total).
Vejez (Mayores de 60 años): 22 servicios solicitados (95.6% del total).
Total de la muestra: 23 servicios.
La relación es de 22 a 1, lo que demuestra una asimetría extrema que desplaza el grueso de la operación asistencial hacia el adulto mayor.

2. Correlación con el Perfil de Morbilidad Cardiovascular

Esta marcada diferencia en el uso del servicio de rehabilitación cardíaca se correlaciona con tres factores clave del perfil epidemiológico:

A. Incidencia Acumulada del Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

- En Colombia, el infarto agudo de miocardio es la **primera causa de muerte**.
- La edad promedio en la que se presenta el primer evento isquémico severo o infarto se sitúa entre los **66 y 69 años**.
- La literatura epidemiológica indica que la incidencia de eventos coronarios se **duplica en hombres y se triplica en mujeres** al superar el umbral de los 65 años en comparación con los rangos de edad de la adultez joven o media. Esto explica perfectamente por qué 22 de los 23 pacientes rehabilitados pertenecen a la vejez.

B. Envejecimiento del Sistema Cardiovascular e Historial de Riesgo

- Con el paso de los años, el organismo experimenta cambios biológicos no modificables como la **pérdida de elasticidad arterial (arterioesclerosis)**, aumento de la presión sistólica y la acumulación progresiva de placa ateromatosa.
- Los factores de riesgo acumulados durante la adultez (como la hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y sedentarismo) suelen debutar en forma de complicaciones mayores o requerir procedimientos de revascularización (cirugía de bypass o angioplastias) **después de los 60 años**. El servicio de rehabilitación es el paso posterior mandatorio para estos procedimientos.

C. Ventana de Protección Hormonal en la Adultez

- El bajo volumen en el grupo de adultez (29 a 59 años) coincide con el hecho de que las mujeres premenopáusicas cuentan con una **protección estrogénica natural** que retrasa la aparición de enfermedad coronaria severa.
- Aunque en los hombres el riesgo cardiovascular empieza a elevarse sustancialmente a partir de los 45 años, la manifestación de patologías que ameriten un esquema estructurado de rehabilitación cardíaca intrahospitalaria o ambulatoria sigue estando concentrada en fases más tardías de la vida

CAUSAS DE MORTALIDAD DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

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 CARDIORESPIRATORIO	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

DIAGNÓSTICO A	DIAGNÓSTICO B	DIAGNÓSTICO C
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	CARDIOMIOPATIA ISQUÉMICA	INSUFICIENCIA CARDIACA
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
CHOQUE SÉPTICO	SEPSIS DE ORIGEN URINARIO	INFECCION DE VÍAS URINARIAS
HIPOXEMIA SEVERA	FALLA RESPIRATORIA AGUDA	CÁNCER DE COLON METASTASICO
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 CARDIORESPIRATORIO	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.

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

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

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

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

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

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

COLOR	DESCRIPCIÓN	
	Azul (Sobresaliente)	El desempeño supera las metas establecidas, evidenciando una gestión excepcional y un valor agregado en la ejecución
	Verde (Óptimo)	El resultado cumple plenamente con los estándares y cronogramas pactados, situándose dentro del rango de normalidad esperado.
	Amarillo (Insuficiente)	Se identifican desviaciones menores o metas alcanzadas parcialmente. Requiere atención inmediata y ajustes para evitar el escalamiento a niveles críticos.
	Rojo (Deficiente):	El resultado está significativamente por debajo de los niveles mínimos aceptables, indicando un incumplimiento que compromete los objetivos del contrato. Importancia de la Semaforización en el Seguimiento.

La implementación de este sistema es fundamental para transformar datos técnicos en información accionable. La semaforización permite que los interesados realicen un seguimiento intuitivo y ágil, facilitando la interpretación inmediata del desempeño y la implementación de acciones de mejora de manera oportuna.
Al estandarizar la evaluación, se garantiza una comunicación clara entre las partes, permitiendo priorizar esfuerzos en las áreas críticas (rojo y amarillo) y mantener la estabilidad en los procesos exitosos, así como la activación del análisis por parte de los equipos técnicos en cada unidad.

INDICADORES DE REPORTE MENSUAL (Reporte resolución 256 de 2016)

INDICADOR 1

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Calidad	Proporción de satisfacción global	**Numerador**: Número de usuarios del servicio de terapia de rehabilitación cardiovascular 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% -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 terapia de rehabilitación cardiovascular 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% -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

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Calidad	**Oportunidad** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en terapia de rehabilitación cardiovascular.	**Numerador:** Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de terapia de rehabilitación cardiovascular de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó. **Denominador:** Número total de citas de terapia de rehabilitación cardiovascular de primera vez asignadas.	<15 15 >15 >18

Indicador Nro. 2. 1. Nombre Oportunidad Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en terapia de rehabilitación cardiovascular.
2. Descripción El indicador de oportunidad mide el tiempo transcurrido entre la solicitud de una cita de primera vez de la especialidad de terapia de rehabilitación cardiovascular y la fecha de asignación de la cita, 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 terapia de rehabilitación cardiovascular de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó. **Denominador:** Número total de citas de terapia de rehabilitación cardiovascular 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	<15 15 >15 >18
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	9%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 3

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

Indicador Nro. 3. 1. Nombre <u>Tasa de caídas</u> en el servicio en el servicio de terapia de rehabilitación cardiovascular.	
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 terapia de rehabilitación cardiovascular que sufren caídas. en el periodo. **Denominador**: Total de personas atendidas en el servicio especializado de terapia de rehabilitación cardiovascular.
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	0 0 1 >1
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL
(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

INDICADOR 4

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Gestión	Oportunidad de pago	**Numerador**: Total faturas validas pagadas dentro 45 dias **Denominador:** total faturas validas radicadas en el período	

Indicador Nro 4. 1. Nombre <u>Oportunidad de pago</u> (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. 1886/2024 Res. 2284 de 2023.
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	7%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 5

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	

Indicador Nro 5. 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% -60%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%	
12. Fecha de creación 05/01/2026		

INDICADOR 6

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	

Indicador Nro 6. 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. 1886/2024 Res. 2284 de 2023.
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% -60%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	8%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 7

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 realizadas de acuerdo al plan de trabajo en el periodo. **Denominador:** (Número total de evaluaciones planeadas en el periodo) X100%	>90% 80% 70% -60%

Indicador Nro. 7. 1. Nombre Cumplimiento de evaluación adherencia a guiadas de práctica clínica de acuerdo al plan de trabajo interno de la entidad	
2. Descripción Un Índice de Cumplimiento de evaluación de GPC mide qué tan bien una IPS revisa y evalúa la adherencia a sus GPC 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 GPC 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% -60%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	9%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 8

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	>90% 89-85% 84%- 70% <70%

Indicador Nro. 8. 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 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, promoviendo la implementación de estas guías. También se menciona la Resolución 1442 de 2013 para la revisión y actualización de GPCs, y la Guía Metodológica del Ministerio de Salud para su desarrollo, todas convergiendo en la obligatoriedad de calidad y evidencia en la atención en salud. Resolución 3100 de 2019.
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89-85% 84%-80% <80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	9%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

INDICADOR 9

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula operacional	Resultado
Proceso	Nombre Porcentaje de usuarios con proceso de contrarreferencia completo	**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.	75% 70%-75% -70% -50%

Indicador Nro. 9. 1. Nombre Porcentaje de usuarios con proceso de contrarreferencia completo		
2. Descripción Un indicador como el "Porcentaje de Usuarios con Proceso de Contrarreferencia 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		75% 70%-75% -70% -50%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	9 %	
12. Fecha de creación 05/01/2026		

INDICADOR 10

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	>90% 89-85% 84%- 80% <80%

Indicador Nro. 10. 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	>90% 89-85% 84%-80% <80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6%
12. Fecha de creación 05/01/2026	

MODELO DE 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 *"Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento de los sistemas de gestión, en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"* y por la Resolución Nro. 134 del 10 de mayo de 2021 de la Dirección de Sanidad *"Por la cual se organiza el Sistema de Calidad en Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional"*.

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 serán programados de acuerdo a un plan de auditorías definidas una vez se perfeccione y se de inicio al contrato y que serán notificadas por medio del supervisor del contrato, con un plan de auditoria orientado a la evaluación de los indicadores de seguimiento trimestral podrán ser efectuados durante el plazo de ejecución del contrato y después de concluido el mismo, como parte de procesos judiciales de reclamación y reparación. Del mismo modo, debe permitir a los auditores de calidad y de concurrencia de EL CONTRATANTE, ingreso a sus instalaciones y a los registros de atención y de historia clínica, para ejercer la auditoría de calidad o de concurrencia.

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

ANEXO No.3

OBLIGACIONES DEL ACUERDO DE VOLUNTADES

1. **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.

2. 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.

3. 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.

4. 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".

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

6. 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.

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

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

9. 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

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

11. 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.

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

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. **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.

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

26. **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.

27. **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.

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

- Ley 1252 de 2008. "Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones".
- Ley 1672 de 2013. "Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), y se dictan otras disposiciones".
- Ley 99 de 1993 "Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se reorganiza el Sistema Nacional Ambiental "SINA" y se dicta otras disposiciones.
- Decreto 1496 de 2018 "Por el cual se adopta el sistema globalmente armonizado de clasificación y etiquetado de productos químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química" en cumplimiento adicional con la Resolución 009 del 15 de enero de 2018, "por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional" Apéndice 1 y Apéndice 2 del 2020, garantizando así las buenas prácticas ambientales de su actividad conforme a las compras públicas sostenibles y conforme al manual de contratación.
- Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" y sus diferentes actualizaciones.
- Resolución 591 de 2024 "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades."
- Resolución 803 de 2024 "por la cual se desarrollan parcialmente las disposiciones de la Ley 2232 de 2022, sobre la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos productos plásticos de un solo uso, el artículo 2.2.7C.7 del Decreto número 1076 de 2015 que establece medidas tendientes a la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos plásticos de un solo uso y se adoptan otras disposiciones"
- Decreto 302/00 o Decreto 1077/15. "Por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994, en materia de prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado".
- Decreto 2501 de 2007 "por medio del cual se dictan disposiciones para promover prácticas con fines de uso racional y eficiente de energía eléctrica".
- Ley 29 de 1992 "Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono", suscrito en Montreal el 16 de septiembre de 1987, con sus enmiendas adoptadas en Londres el 29 de junio de 1990 y en Nairobi el 21 de junio de 1991.
- Resolución 634 de 2022 "Por la cual, en desarrollo del Protocolo de Montreal, se entiende prohibida la fabricación e importación de equipos y productos que contengan y/o requieran para su operación o funcionamiento las sustancias controladas en los Anexos A, B, C, E y F del Protocolo de Montreal y se adoptan otras disposiciones".

- **EL CONTRATISTA,** no puede estar reportado en el Registro Único de Infractores ambientales (RUIA) (ley 1333 del 21 de julio de 2009) y deberá comprometerse a cumplir con todas las normas ambientales durante el desarrollo del presente contrato.

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

30. **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.

31. **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.

32. 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:	Integrante de Contratos RASES N°3	SI. Lina Marcela Silva Ramirez	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Grupo Contratos RASES N°3 (E)	CT. Gustavo Andrés Narváez Arteaga	
REVISADO PARA FIRMA POR	Abogado RASES N°3	CPS. Nelson Raúl Figueroa Peñaloza	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Área Logistica y Financiera RASES N°3	MY. Camilo Andrés Barón Trujillo	

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

INFORMACIÓN PÚBLICA