REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

No S-2021- 016587 DEGUA / UPRES-JEFAT 17.2

Soledad, 01 de marzo de 2021

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021

LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia, en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de brindar la PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

El presente proceso de contratación se adelantará por modalidad de SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA, según lo establecido en el Capítulo 2 Sección 1 Subsección 5 del Decreto 1082 de 2015, Reglamentación en materia de Contratación Estatal.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
Presupuesto	El valor estimado de la contratación es la suma de **NOVENTA MILLONES DE PESOS $ 90.000.000,00 M/CTE vigencia 2021.**
Apropiación Presupuestal	Amparado Mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal C.D.P # SIIF No. 1011 y SFI No. 36 del 26 de febrero del 2021, expedidos por la Oficina de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8.
Plazo de ejecución	El plazo de ejecución del contrato será a partir del acta de inicio hasta el 31 de Diciembre de 2021 y/o hasta agotar presupuesto, lo primero que ocurra.
Lugar de prestación del servicio	Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones se realizarán en las Instalaciones propias del oferente o en las instalaciones de los Prestadores subcontratados por el oferente.
Forma de pago	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 – Unidad Prestadora De Salud Guajira, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en el municipio de Sincelejo, en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios y todos los reportes estadísticos

mencionados en el presente estudio de conveniencia y oportunidad, dentro de los treinta (30) días hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Unidad Prestadora De Salud Guajira, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia no obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida cups, diagnóstico CEIE 10 y valor facturado y edad del usuario, según modelo anexo. Se debe anexar copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del usuario o su acudiente.

1 REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA DISAN.

1. Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la resolución 3047 min protección de 2008, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
2. La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, en carpeta legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
3. Presentar original de la autorización del servicio.
4. Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la resolución 3374 min salud de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
5. Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES.
6. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior a la prestación de los servicios.
7. La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
8. El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

2 DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O CONDICIONES PARA PRESENTAR LA FACTURA:

1. Factura de venta original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley.
2. La factura deberá contener un (01) archivo impreso y en medio magnético, estadística en formato Excel establecida en la Resolución 3374 del 2000 –

RIPS, o las demás normas que lo adicionen o modifiquen donde se relacionen los usuarios atendidos y la información que se relaciona en el siguiente cuadro así:

N.°	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCIÓN	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACIÓN	EDAD	PROCEDIMIENTO (CÓDIGO CUPS)	DIAGNOSTICO (CIE 10)	VR. FACTURADO	EDAD DEL PACIENTE

3. Formato de Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
4. Orden Médica
5. Autorización en original
6. Recibido a satisfacción del usuario.
7. Fotocopia de la identificación del usuario (para mayores de edad cédula de ciudadanía o contraseña, menores de edad registro civil, tarjeta de identidad).
8. Fotocopia legible de la historia clínica donde conste la atención en salud prestada al usuario.
9. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos e insumos en caso que lo requiera el examen.
10. La hoja de gastos de materiales o insumos especiales y costos, en caso de requerirse para el examen, se adjuntará la factura de venta de aquellos dispositivos, materiales e insumos que se utilicen.
11. En cumplimiento a la Ley 828 de 2003 en su artículo 1º se deberá anexar certificación de cumplimiento de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, pensiones y ARL) y Parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) al día. por lo que deberá presentar Certificado de aportes parafiscales expedido por el representante legal o Revisor Fiscal y/o planilla de pago.
12. Copia del Contrato en la Primera cuenta.
13. Los insumos e implementos médicos asociados a los procedimientos ofertados, no podrán ser superior al precio de compra, se deberá adjuntar copia de la factura de compra y entregada con la facturación del procedimiento en la ventanilla única de la oficina de central cuentas y en todos los casos el valor no podrá ser superior a los precios regulados por el Gobierno Nacional para el momento de la prestación del servicio.

Para la cancelación del dinero se deben facilitar los documentos requeridos por la Unidad Prestadora De Salud Guajira y este estará sujeto a los trámites administrativos y fiscales vigentes, conforme con los cupos del PAC, que autorice la Dirección del Tesoro Nacional y la Dirección General de la Policía Nacional, al derecho a turno y de acuerdo a la manera en que se sitúen los recursos correspondientes para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Si los documentos en referencia son devueltos por la oficina de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora De Salud Guajira por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora De Salud Guajira, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo que se indique.

Todas las demoras que se presentan por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de interés de cualquier clase o compensación de ninguna naturaleza.

i. DEBE ANEXARSE ADICIONALMENTE A LA FACTURACIÓN:

- El consolidado de los reportes de casos objeto de SIVIGILA, de acuerdo al Decreto 1562 de 1984 y los que le siguen; adicionalmente se reportará semanalmente cada lunes a la Unidad Prestadora De Salud Guajira.
- El Reporte de indicadores de seguimiento a riesgos de acuerdo a la Resolución 1043 de 2006 - Circular única y siguientes.
- El reporte de indicadores de alerta temprana de acuerdo a la Circular 056 de 2009 y siguientes.
- Las novedades en el estado de habilitación de acuerdo al Decreto 2003 de 2014 y subsiguientes. Adicionalmente se reportará el mismo día que se reporte la novedad en la secretaría de salud.
- Los reportes de eventos adversos de acuerdo a la Resolución 1446 de 2006 y documentos relacionados. Adicionalmente se reportará el mismo día en que ocurra el evento.
- El reporte de gestión de eventos adversos de acuerdo a la Resolución 1446 de 2006 y documentos relacionados.
- El reporte del perfil de morbilidad (10 primeras causas) por servicios: urgencias - consulta externa - hospitalización – cirugía de acuerdo al Decreto 1562 de 1984 y los que le siguen.
- El reporte de gestión de indicadores de gestión de servicios de acuerdo a las necesidades del Subsistema de salud de la Policía Nacional: giro cama, promedio días estancia, reingreso hospital, reingreso urgencias, pacientes remitidos a II, III y IV nivel, proporción de cesáreas.
- Anunciar el monto y el porcentaje de ejecución económico acumulado del contrato.

ii. AUDITORIA DE CUENTAS.

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas de la Unidad Prestadora De Salud Guajira, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

iii. OBJECIONES Y GLOSAS.

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

iv. CONCILIACIÓN DE GLOSAS.

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011.

Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Unidad Prestadora de Salud Guajira, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

v. AUDITORÍA DE CONCURRENCIA

La auditoría concurrente es realizada por el médico de concurrencia de la Unidad Prestadora De Salud Guajira el cuál realizará un acompañamiento oportuno, en tiempo real y durante la permanencia (hospitalización) del paciente en el Establecimiento de la IPS Prestadora de Servicios de salud, que garantiza el adecuado desarrollo del gasto médico, permitiendo una retroalimentación en coberturas y en costos, a todos los actores que intervienen en la regulación de la prestación del servicio del usuario.

La auditoría de concurrencia está orientada por los principios de accesibilidad y suficiencia técnica, y caracterizada por la racionalidad lógico científica, la idoneidad, la competencia profesional, la disponibilidad, la eficiencia y suficiencia de recursos para la prestación de servicios en salud.
El componente del presente Instructivo pretende orientar a los médicos auditores concurrentes en la realización de la auditoria con parámetros más claros y específicos en el momento de realizar la auditoría de concurrencia.

Para este componente se diseñó un instrumento que debe diligenciar de manera diaria el Medico Auditor Concurrente el cual permite el seguimiento estricto de las estancias en la red externa, adicional a la documentación del procedimiento con el paso a paso de las labores de estos profesionales.

vi. MALLA DE PERTINENCIA PARA MEDICAMENTOS.

Definida mediante el Instructivo 026 DISAN 2010. El equipo de Gestión Farmacéutica evalúa el comportamiento de la malla, realizando y comunicando a prestadores, administradores y supervisores, los ajustes a la misma.

MALLA DE PERTINENCIA PARA ORDENES DE SERVICIO GENERADAS POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN – BAJA COMPLEJIDAD.

Las ayudas terapéuticas y diagnósticas de laboratorio, radiología e imagenología, o exámenes especiales que no se encuentren detalladas como servicios del segundo, tercero o cuarto nivel de complejidad se encuentran habilitadas para ser requeridas por profesionales generales, especialistas o supra especialistas de cualquier Establecimiento de Sanidad Policial del Subsistema independientemente de su nivel de complejidad.

vii. CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la UPRES.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la UPRES, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

	Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747 de 2007. La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN. Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico DISAN y aprobado por esa instancia del nivel central. Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC DISAN (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen. Las demás contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.
Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	Son **causales para el rechazo de las propuestas**, las siguientes: **a.** Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. **b.** Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. **c.** Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. **d.** Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. **e.** Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte al proponente para desarrollar la actividad materia de la futura contratación. **f.** Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. **g.** Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. **h.** Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos. **i.** Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j.** Cuando la oferta supere el valor asignado al presente proceso. **k.** La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación. **NOTA 1:** En caso de presentarse problemas de conectividad con la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II dentro de las cuatro horas antes a la fecha de límite para la presentación de las ofertas, el proponente deberá seguir el Protocolo de indisponibilidad emitido por la entidad Colombia Compra Eficiente:

	– Tomar pantallazos, fotografías o captura de pantalla donde se evidencie fecha, hora y mensaje de error o inconveniente con la plataforma, y deberá enviar un mensaje al correo electrónico degua.upres@policia.gov.co manifestando esta situación. ***Debe hacerlo estrictamente antes de la fecha de cierre. De lo contrario su oferta no será tenida en cuenta*** – Tomar contacto con la entidad Colombia Compra Eficiente – SECOP II al número 018000520808 y solicitar el respectivo Certificado de indisponibilidad. – Se recomienda consultar el Protocolo de Indisponibilidad del SECOP II publicado en la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	Al momento de la presentación de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con propuesta económica de menor valor hasta la de mayor valor. La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor valor, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor valor y así sucesivamente. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto en los términos establecidos en el Decreto 1082 del 2015, y demás normas complementarias.
Procedimiento en caso de empate a menor precio	De conformidad con el Decreto 1082 del 2015, la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden de entrega de las mismas.
Información de aceptación de la oferta	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.

Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	Las contenidas en el Anexo 02 de la presente Invitación
Multas y Cláusula Penal Pecuniaria	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la POLICÍA NACIONAL – LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, la Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **1. GARANTÍA ÚNICA:** **a). CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** por el 20% del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **b). CALIDAD DEL SERVICIO O DEL BIEN:** por el cincuenta por ciento (50%) del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **c) PRESTACIONES SOCIALES:** 5% del valor de la aceptación de la oferta Vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y tres (03) años más. **d) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** por DOSCIENTOS (200) SMMLV PARA CONTRATOS CUYO VALOR SEA INFERIOR O IGUAL A MIL QUINIENTOS (1.500) SMMLV. NUMERAL 1 DEL ART. 2.2.1.2.3.1.17 DEL DECRETO 1082 DE 2015, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta. **2. MULTAS.** En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables a la **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 LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 **– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** mediante acto administrativo, afectará a la **CONTRATISTA** con multas, siguiendo el procedimiento establecido en la Resolución 04122 del 15 de noviembre de 2011 DIPON, cuyo valor se liquidará con base en el CERO PUNTO CINCO por ciento (0,5%) del valor dejado de entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario. En caso de incumplimiento no valorable en días, se impondrá una multa de hasta el CINCO por ciento (5%) del valor del contrato, dependiendo de la gravedad del incumplimiento evaluada por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 **– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** Esta sanción se impondrá conforme a la ley. **b) MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN:** Cuando la **CONTRATISTA** no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única, en caso de existir, y/o alguno de los requisitos de legalización, LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

	– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA podrá mediante acto administrativo afectar a la **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, la **CONTRATISTA** pagará a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 **– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, 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) del presente artículo. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause a la **NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**. No obstante LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** 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 PRIMERO:*** El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el numeral 2 del Capítulo VIII de la Resolución No. 03049 del 30/07/2014 *por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*, modificada parcialmente por la Resolución No. 00090 del 15/01/2018. ***PARÁGRAFO SEGUNDO.*** **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, la **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 la **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor de la **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva.

2. REQUISITOS MÍNIMOS

Los proponentes deberán presentar su oferta con los siguientes documentos:

a) Carta de Presentación de acuerdo al Formulario No. 1 *Carta de Presentación de la Propuesta* de este documento firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).

b) Diligenciamiento del Anexo No. 1 *Especificaciones Técnicas Mínimas* de este documento.

c) Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o registro mercantil para personas naturales, expedido(s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes, contado a partir de la fecha de cierre del proceso.

d) Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente

e) Certificado de Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

f) Certificado de Antecedentes Judiciales del oferente o su representante legal.

g) Certificado de Antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.

h) Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal. En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal.

i) Copia del Registro Único Tributario.

j) Certificación Bancaria reciente.

k) Diligenciamiento del Formulario No. 2 *Datos Básicos Beneficiario Cuenta* de este documento.

l) Diligenciamiento del Formulario No. 3 *Compromiso Anticorrupción* de este documento, suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).

m) Certificación del representante legal y de la entidad, de no tener comparendos pendientes por pagar y que están a paz y salvo según el artículo 183. Consecuencias por el no pago multas, literal 4, Ley 1801 de 29/07/2016 Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana

n) Diligenciamiento del Formulario No. 4 *Certificado de No Inhabilidad e Incompatibilidad* de este documento, suscrito por el (persona natural o representante legal de la persona jurídica).

o) Los oferentes deberán presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación V4.0 (Resolución 2003 de 26/05/2014 del Ministerio de la Protección Social o la que se está aplicando de acuerdo a la fecha).

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 03/03/2021 Hora : 08:00 horas
Publicación de los estudios previos	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 03/03/2021 Hora : 08:00 horas
Observación a la invitación	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co **desde:** Fecha: 03/03/2021 Hora : 08:00 horas **Hasta:** Fecha: 04/03/2021 Hora : 16:00 horas
Presentación de ofertas	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 05/03/2021 Hora : 18:00 horas
Aperturas de sobres	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 05/03/2021 Hora : 18:05 horas
Informe de presentación de las ofertas	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co

	Fecha: 05/03/2021 Hora : 18:10 horas
Publicación de informe de evaluación de las ofertas	Fecha: 09/03/2021 Hora : 18:00 horas
Presentación Observaciones al informe de evaluación	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Hasta : Fecha: 10/03/2021 Hora : 18:00 horas
Aceptación de oferta	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 16/03/2021 Hora : 18:00 horas
Plazo de validez de la oferta	60 DIAS

NOTA 3: La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

NOTA 4: Todos los plazos del proceso contractual podrán ser prorrogados antes de su vencimiento, cuando las necesidades de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA así lo exijan. Cuando se trate del término de expedición de ADENDAS, se observará lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015. Y se publicara en el expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II hasta el día hábil anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será quien mediante acto administrativo ordene el Ordenador del Gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00080 del 15/01/2018.

Atentamente,

Teniente Coronel **CARLOS ENRIQUE SANCHEZ FLOREZ**
Jefe Regional de Aseguramiento No. 8

Elaborado por: Patrullero AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Subintendente HECTOR DAVID ARREDONDO MALDONADO
Sustanciador Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitan JAMME ISAAC TAMARA ÁLVAREZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán MICHAEL ALEXANDER PUELLO BENITOREBOLLO
Jefe de Contratos RASES No. 8
Revisado por: CPS OMAR TORRES HERNANDEZ
Asesor Jurídico RASES No. 8
Revisado por: Capitán GUILLERMO OROZCO CASTRILLON
Jefe Administrativo y Financiero RASES No. 8
Fecha de Elaboración: 17/02/2021
Ubicación: D:///Mínima Cuantía/ MIC 008. Odontologia Especializada

ANEXO. No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple. (Deberá presentar los documentos que sean necesarios para acreditar tales condiciones técnicas).

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

FIRMA DEL PROPONENTE

_____

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

b. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

1.1 CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

ITEM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Tener sede en la Ciudad de Riohacha, habilitada en los términos de las normas aplicables, para la prestación de los servicios de salud solicitados.		
2	Descripción Técnica del Bien o Servicio: PORTAFOLIO DE SERVICIOS, que incluya tanto los servicios objeto de la contratación como otros servicios brindados por el oferente.		
3	Experiencia Mínima de la Entidad: El oferente deberá acreditar una experiencia mínima, para lo cual, deberá presentar certificaciones o copia de Contratos, ejecutados ó en ejecución dentro del Territorio Nacional Colombiano, cuyo objeto sea igual ó similar al del presente proceso, sea con entidades estatales o privadas.		
4	Descripción Técnica del Bien o Servicio: La oportunidad de atención a los usuarios debe ser eficiente, con calidad de servicio como lo estipula la ley 1438 resolución 019 del 2012.		
5	Descripción Técnica del Bien o Servicio: Prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicio de la oficina de referencia y contra referencia, orden del médico tratante documento de identidad que acrediten la condición del usuario (carnet o constancia vigente)		

6	Seguimiento a la ejecución; Reportar mensualmente la ejecución del contrato a la oficina de Referencia y Contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA y/o supervisor, cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 70% se continuara reportando semanalmente, al supervisor del contrato. Diligenciando el siguiente formato: **Contratista**: Nombre o Razón Social **NC del Contrato**: Numero Asignado por Contratación **Valor del Contrato**: Valor Asignado incluye adiciones **Fecha del reporte**: Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa) **Valor ejecutado**: Valor de las facturas de cada mes que ya se han radicado con la fecha del corte **Valor Programado**: Valor de remisiones que han recibido pero no se han atendido a la fecha del corte **Saldo**: Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado)		
7	En caso de requerir un servicio los cuales no estén contemplado dentro del contrato, este podrá ser prestado con previa cotización del servicio, autorización por parte del supervisor del contrato, jefe de Unidad Prestadora de Servicios de Salud Guajira, y autorización del servicio por parte de la oficina de referencia.		
8	La entidad prestadora del servicio se abstendrá de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario.		
9	**DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.** El oferente deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”, y deberá presentar: 1. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) o documento firmado por el Responsable de SST y Empleador donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración “Moderadamente Aceptable” (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. 2. Nota: *para el cumplimiento de este ítem se debe diligenciar el formulario **No. 5***		

10	El contratista se compromete a prestar los servicios médicos autorizados por comité técnico científico "CTC", por parte de nivel central, así mismo los servicios autorizados por TUTELAS, siempre y cuando estos servicios estén autorizados por la oficina de referencia y contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA y serán cancelados con recursos propios del contrato.		
11	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 los artículos 282 de la Ley 100 de 1993, parágrafo 2 del artículo 50 de la ley 789 de 2002 y Artículo 1ro de la Ley 828 de Julio 10 de 2003; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo, vigente a la fecha de la facturación		
12	El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten. estos datos deben ser presentado en la oferta		

SEGURIDAD DEL PACIENTE

El proponente debe garantizar el reporte de los eventos adversos presentados en la IPS de nuestros usuarios, los cuales se deben analizar. Lo anterior en cumplimiento de los lineamientos de la política de seguridad del paciente emanada por el Ministerio de salud y Protección Social en Colombia. Para lo anterior anexar carta de compromiso de cumplimiento de las políticas de seguridad del paciente.

COMPROMISO AMBIENTAL

El oferente deberá diligencia el FORMULARIO No. 9 *COMPROMISO AMBIENTAL* de este documento, donde se deberá comprometerse a realizar buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final, durante la ejecución del futuro contrato.

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y TEMA EVALUAR:

Oficina de atención al usuario

Si la institución cuenta con oficina de atención al usuario que en forma permanente atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada cumple. El oferente debe presentar hoja de vida de la persona encargada anexando los teléfonos de contacto, y líneas de atención para todos los servicios permanente.
De no contar en forma permanente y disponibilidad de este servicio para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional la oferta NO CUMPLE.

Oportunidad para la atención de consultas especializadas o subespecializadas.

ITEM	DIAS PARA LA ATENCIÓN	MARQUAR CON UNA "X"
1	0 - 3	

2	4 – 6	
3	7 – 10	
4	11 – 15	
5	15 – 16	
6	16 – 17	
7	17 - 18	
8	19 - 20	
9	20 - 30	
10	31 días en adelante	

Recurso Humano idóneo: Para la calificación del recurso humano del oferente, se evaluarán los siguientes estándares: LOS OFERENTES DEBEN ANEXAR LISTA EN EXCEL DEL PERSONAL MEDICO ESPECIALISTAS, TECNICO Y/O TECNOLOGOS Y ENFERMEROS(AS) CON LOS SIGUIENTES DATOS: nombres y apellidos completos, numero de cedula de ciudadanía, profesión y especialidad o subespecialidad, número de registro médico.

- **Homologación y/o Convalidación de títulos**

Anexar fotocopia del Certificado de Convalidación de títulos si los estudios de postgrado se realizaron en el exterior.

- **EXPERIENCIA DEL PERSONAL**

El Tiempo de práctica del personal en la realización de funciones con responsabilidades específicas o relacionadas requeridas debe ser mínimo 12 meses. La cual deberá ser anexada como constancias dentro del proceso.

- **NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO**

Educación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación. Asociada a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados.

NOTA: El oferente que no anexe la totalidad de los soportes del recurso humano NO CUMPLE.

La entidad que tenga la mayor cantidad se servicios solicitados tendrá prelación sobre las otras propuestas.

Para este ítem se tendrá en cuenta los documentos presentados en la oferta donde estén marcados los servicios que prestan con los datos completos de lugar de prestación, no serán tenidas en cuenta los servicios que no estén completos estos datos, debido a que no permite valorar los servicios.

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA

Las entidades interesadas en presentar oferta en el presente proceso de contratación tendrán que demostrar mediante documentos escrito que hará parte integral de la oferta donde se especifique la capacidad instalada, equipos, recurso humano con el fin de identificar las mejores condiciones requeridas por la Institución. (Diligenciar formato anexo).

OFERTA TECNICA DE SERVICIOS

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	OFERTA	NO OFERTA
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL Incluye: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA Excluye: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)		
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL		
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL		
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA		
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		
8	890223B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL		
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL		
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL		
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL		
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA		
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		
16	890323B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL		
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL		
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR		
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES		
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES		
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD		
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD		
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL		
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL		
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO		
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD		
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD		
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA		
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO		
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO		
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL		
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD		
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD		
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO		
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO		
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL		
40	233100B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD		
41	233200B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD		
42	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)		
43	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)		

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	OFERTA	NO OFERTA
44	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA		
45	234104B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA		
46	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA		
47	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)		
48	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES		
49	234203B	PATRÓN DE NÚCLEO		
50	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA		
51	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA		
52	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA		
53	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL		
54	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PRÓTESIS		
55	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS		
56	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD		
57	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD		
58	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD		
59	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD		
60	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD		
61	237101B	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA		
62	237102B	PULPOTOMÍA		
63	237200B	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD		
64	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR		
65	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR		
66	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR		
67	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		
68	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
69	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR		
70	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)		
71	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)		
72	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES		
73	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE		
74	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN		
75	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA		
76	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA		
77	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE		
78	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)		
79	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD		
80	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS		
81	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR		
82	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD		
83	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD		
84	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD		
85	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA		
86	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO		
87	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO		
88	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA		
89	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD		
90	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)		
91	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE		
92	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL		
93	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO		

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	OFERTA	NO OFERTA
94	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)		
95	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)		
96	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)		
97	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD		
98	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD		
99	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS		
100	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS		
101	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS		
102	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS		
103	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS		
104	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO		
105	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO		
106	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO		
107	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE		
108	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA		
109	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS		
110	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS		
111	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA		
112	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL		
113	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL		
114	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE		
115	243400B	GINGIVECTOMIA SOD		
116	243501B	CUÑA DISTAL		
117	243502B	OPERCULECTOMÍA		
118	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO		
119	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO		
120	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO		
121	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE		
122	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO		
123	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE		
124	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA		
125	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO		
126	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD		
127	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD		
128	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD		
129	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)		
130	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)		
131	247403B	FERULIZACIÓN		
132	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD		
133	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD		
134	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD		

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	OFERTA	NO OFERTA
135	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA		
136	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL		
137	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye: CON CEFALOSTATO		
138	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR		
139	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR		
140	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]		
141	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]		
142	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES		
143	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS		
144	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES		
145	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES		
146	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS		
147	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES		
148	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES		
149	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO		
150	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES		
151	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL		
152	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA		
153	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN		
154	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN		
155	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA		
156	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA		
157	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR		
158	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR		
159	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		
160	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		
161	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL		
162	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		
163	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA		
164	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA		
165	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA		
166	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA		
167	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION		
168	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION		
169	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		
170	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		
171	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		
172	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		
173	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		
174	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO		
175	768110B	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR		

ANEXO No. 2

TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos, deberán efectuarse dentro de los términos definidos en el Decreto 1082 de 2015

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE LOS ESTUDIOS.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTORÍA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS MESE MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL PRODUCTO ENTREGADO.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL POR LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE SERVICIOS DE SALUD.	DOSCIENTOS (200) SMMLV PARA CONTRATOS CUYO VALOR SEA INFERIOR O IGUAL A MIL QUINIENTOS (1.500) SMMLV. NUMERAL 1 DEL ART. 2.2.1.2.3.1.17 DEL DECRETO 1082 DE 2015	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO DIECISÉIS (16) DE DECRETO 4828 DE 24/12/08.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERONLUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA , SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ANEXO. No. 3

OFERTA ECONÓMICA

REQUISITOS DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	
DE ORDEN ECONÓMICO	**CERTIFICACIÓN BANCARIA**	Con fecha de expedición inferior a treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha del cierre del proceso.
	OFERTA ECONÓMICA	El oferente debe diligenciar en su totalidad el **ANEXO N° 3 EVALUACION ECONOMICA, FINANCIERA.**
	FORMATO DE DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA	El oferente debe diligenciar el **FORMULARIO No. 1 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA respectivo**
	SOSTENIMIENTO DE LOS PRECIOS	El oferente debe diligenciar el ***FORMULARIO No. 13.***
	ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS	El proponente deberá manifestar expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio del proponente, y de cada uno de sus integrantes, cuando sea el caso, que empleará para el desarrollo del contrato, provienen de actividades lícitas. ***FORMULARIO No. 12.***

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	VALOR ESTIMADO	VALOR A OFERTAR
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL Incluye: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA Excluye: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)	55.012	
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	55.012	
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	55.012	
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	55.012	
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	55.012	
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	55.012	
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	55.012	
8	890223B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	55.012	
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	55.012	
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	55.012	
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	55.012	
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	55.012	
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	55.012	
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	55.012	
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	55.012	
16	890323B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	55.012	
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	55.012	
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	29.698	
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	36.345	
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	36.345	
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	16.829	

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	VALOR ESTIMADO	VALOR A OFERTAR
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	16.829	
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	16.829	
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	82.730	
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	137.459	
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	369.104	
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	369.104	
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	369.104	
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	369.104	
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	369.104	
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	30.452	
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	53.032	
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	35.826	
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	53.032	
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	53.032	
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	38.325	
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	120.866	
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	264.076	
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	264.076	
40	233100B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	530.321	
41	233200B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD	824.944	
42	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	50.769	
43	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	50.769	
44	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	50.769	
45	234104B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	232.210	
46	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	707.095	
47	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	277.888	
48	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	282.838	
49	234203B	PATRÓN DE NÚCLEO	113.277	
50	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	424.257	
51	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	636.386	
52	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	636.386	
53	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	282.838	
54	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	989.933	
55	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	1.838.447	
56	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	196.007	
57	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	196.007	
58	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	166.309	
59	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	166.309	
60	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	351.285	
61	237101B	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	84.851	
62	237102B	PULPOTOMÍA	84.851	
63	237200B	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	565.676	
64	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	109.741	
65	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	274.919	
66	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	496.381	
67	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	55.012	

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	VALOR ESTIMADO	VALOR A OFERTAR
68	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	55.012	
69	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	496.381	
70	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	247.483	
71	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	496.381	
72	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	496.381	
73	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	496.381	
74	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	496.381	
75	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	496.381	
76	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	166.309	
77	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	166.309	
78	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	166.309	
79	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	166.309	
80	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	282.838	
81	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	351.285	
82	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	129.964	
83	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	139.298	
84	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	139.298	
85	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	78.063	
86	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	78.063	
87	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	78.063	
88	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	78.063	
89	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	117.098	
90	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	139.298	
91	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	139.298	
92	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	139.298	
93	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	166.309	
94	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	166.309	
95	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	424.257	
96	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	848.514	
97	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	166.309	
98	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	212.129	
99	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	195.158	
100	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	273.222	
101	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	312.253	
102	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	351.285	
103	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	533.150	
104	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	1.090.341	
105	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	1.192.162	
106	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	1.346.309	
107	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	1.711.170	

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	VALOR ESTIMADO	VALOR A OFERTAR
108	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	195.158	
109	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	139.298	
110	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	166.309	
111	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	166.309	
112	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	273.222	
113	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	351.285	
114	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	351.285	
115	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	166.309	
116	243501B	CUÑA DISTAL	139.298	
117	243502B	OPERCULECTOMÍA	166.309	
118	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	273.222	
119	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	351.285	
120	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	351.285	
121	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	351.285	
122	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	351.285	
123	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	351.285	
124	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	351.285	
125	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	195.158	
126	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	351.285	
127	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	158.531	
128	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	349.871	
129	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	110.448	
130	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	74.528	
131	247403B	FERULIZACIÓN	110.448	
132	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	273.222	
133	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	73.349	
134	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	85.559	
135	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	104.650	
136	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	312.253	
137	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye: CON CEFALOSTATO	87.397	
138	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	50.691	
139	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	50.691	
140	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	50.691	
141	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	50.691	
142	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	26.587	
143	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	14.425	
144	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	14.425	
145	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	14.425	
146	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	14.425	
147	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	14.425	
148	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	14.425	
149	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	141.419	
150	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	14.425	
151	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	2.296.433	
152	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	1.878.900	
153	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	4.175.333	
154	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	6.576.150	

ITEMS	CODIGO	SERVICIO	VALOR ESTIMADO	VALOR A OFERTAR
155	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	6.054.233	
156	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	5.010.400	
157	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	469.725	
158	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	782.875	
159	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	292.273	
160	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	521.917	
161	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	521.917	
162	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	2.609.583	
163	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	3.131.500	
164	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	4.697.250	
165	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	6.263.000	
166	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	3.653.417	
167	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	1.252.600	
168	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	1.043.833	
169	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	3.131.500	
170	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	3.131.500	
171	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	1.043.833	
172	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	1.356.983	
173	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	407.095	
174	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	4.175.333	
175	768110B	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	2.087.667	

NOTA: *NOTA: Para efectos de calificación se verificará ítem por ítem y la oferta que sobrepase el valor de un ítem con respecto a los valores estimados, NO cumple y la oferta se rechazará. (LA OFERTA SE DEBE ANEXAR EN ARCHIVO EXCEL), así mismo el proceso se adjudicará por el valor estimado del proceso* ***$ 90.000.000,00 M/CTE****.*

Declaro bajo la gravedad de juramento, y comprometiendo la responsabilidad Institucional de la persona jurídica que represento que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

ANEXO No. 4

DOCUMENTOS JURIDICOS Y HABILITANTES

1 IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA

El Oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente éste requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

2 CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Deben abstenerse de participar, quienes consideren estar incursos en los artículos 8º, 9º y 10º de la Ley 80 de 1993, y demás normas concordantes, para lo cual el proponente debe manifestarlo en la propuesta y se entenderá prestado bajo la gravedad del juramento con su firma en la propuesta

3 REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Los oferentes deberán presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación V4.0 (Resolución 2003 de 26/05/2014 del Ministerio de la Protección Social o la que se está aplicando de acuerdo a la fecha).

El Comité Técnico de Evaluación de Propuestas del Departamento de Policía Guajira, podrá programar la respectiva Visita de Verificación y rendirá su informe por medio de Acta en donde se conste la Identificación de la IPS, los Verificadores, los Hallazgos y el Concepto final de CUMPLE o NO CUMPLE.

Presentar el Formulario de Renovación de la habilitación según lo descrito en las Resoluciones 3678 y 2003 del 2014 del Ministerio de la Protección Social, en caso de haberse vencido la vigencia del mismo, o que durante la ejecución del contrato se surtiera el vencimiento del registro Especial, debe aportarse a la carpeta del contrato la renovación.

NOTA: El establecimiento debe estar ubicado en la ciudad de Riohacha la Guajira para que pueda cumplir.

4 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Persona Natural. Deberá presentar un Certificado de Inscripción en el Registro Mercantil expedido por la Cámara de Comercio en donde conste la determinación de su actividad. Este certificado debe tener fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

NOTA. Con excepción a las personas que ejercen prestación de servicios inherentes a las profesiones liberales de conformidad con el Numeral 5 del Art. 23 del Código de Comercio.

Persona Natural de Origen Extranjero.

Deberá presentar un documento emitido por la autoridad competente en el país de su domicilio y expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, actividad y vigencia.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Persona Jurídica Nacional. Las personas jurídicas deberán cumplir al momento de presentación de la propuesta con los siguientes requisitos:

Acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del original del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio de su domicilio social o la autoridad competente, con fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

Acreditar un término mínimo de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.
Acreditar la suficiencia de la capacidad del Representante Legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el Representante Legal tenga limitaciones estatutarias. Se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del Órgano Social correspondiente que autorice al Representante Legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato, y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que el objeto social principal de la sociedad se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con los presentes PLIEGO DE CONDICIONES, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

PERSONAS JURÍDICAS PÚBLICAS O PRIVADAS DE ORIGEN EXTRANJERO

Para los efectos previstos en este numeral se consideran personas jurídicas públicas o privadas de origen extranjero las sociedades que no hayan sido constituidas de acuerdo con la legislación nacional, sea que tengan o no domicilio en Colombia a través de sucursales.

Las propuestas de personas jurídicas de origen extranjero se someterán en todo caso a la legislación colombiana, sin perjuicio de lo cual, para su participación deberán cumplir con las siguientes condiciones:

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO CON SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

En defecto, de dicho documento, el proponente deberá presentar la certificación del Registro Único de Proponentes.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO SIN SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA

ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

APODERADO

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con el presente pliego de condiciones, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

El poder que otorga las facultades, en caso de ser expedido en el exterior, deberá cumplir todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento civil y demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Dicho apoderado podrá ser el mismo apoderado único para el caso de personas extranjeras que participen en consorcio o unión temporal, y en tal caso bastará para todos los efectos, la presentación del poder común otorgado por todos los participantes del consorcio o unión temporal.

Los documentos otorgados en el exterior para ser considerados como idóneos para su validez y oponibilidad en Colombia deben cumplir con los siguientes requisitos:

Apostilla: del documento en el evento, en que el país en donde fue expedido haga parte del Convenio de la Haya de 1961 sobre la supresión de la exigencia de legalización de documentos públicos extranjeros, en los términos señalados en la Ley 455 de 1998 y en el Decreto 106 de 2001.

Consularización o legalización en el caso que el documento sea expedido en un país no signatario del Convenio antes indicado, dichos documentos para que puedan obrar como prueba deberán cumplir con lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas concordantes vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRAACEPTARÁ FOTOCOPIAS SIMPLES.

PROPUESTAS CONJUNTAS

Podrán participar consorcios y uniones temporales, para lo cual se deberán cumplir los siguientes requisitos:

Acreditar la existencia del consorcio o de la unión temporal, y específicamente la circunstancia de tratarse de uno u otro, lo cual deberá declararse de manera expresa en el acuerdo de asociación correspondiente, señalando las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos, los términos, actividades, condiciones y participación porcentual de los miembros del consorcio en la unión

temporal en la propuesta y en la ejecución de las obligaciones atribuidas al contratista por el contrato ofrecido.

Para los eventos previstos en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el Proponente deberá indicar en el documento de conformación si su propuesta se formula a título de Consorcio o Unión Temporal, para lo cual deberá cumplir con lo siguiente:
Indicar el tipo de asociación de que se trate: Consorcio o Unión Temporal; si se trata de Unión Temporal, sus miembros deberán señalar en la Propuesta la extensión (actividades y porcentaje) de su participación en la misma y en su ejecución, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de la POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA. La omisión de este señalamiento, hará que la POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, tome la propuesta como presentada por un Consorcio para todos los efectos.

Acreditar un término mínimo de duración del consorcio o de la unión temporal hasta la liquidación del contrato.

Acreditar la existencia, representación legal y capacidad legal y capacidad jurídica de las personas jurídicas consorciadas o asociadas en unión temporal, y la capacidad de sus representantes para la constitución del consorcio o unión temporal, así como de la propuesta para la presentación, celebración y ejecución del contrato.

Acreditar que cada una de las personas jurídicas integrantes del consorcio o unión temporal tienen un término mínimo de veintiséis (26) meses, contados a partir del vencimiento del plazo de la vigencia.

La designación de un representante que deberá estar facultado para actuar en nombre y representación del Consorcio o Unión Temporal. Igualmente deberá designar un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación legal y duración de los consorcios o uniones temporales, deberán acreditarse mediante la presentación del documento consorcial o de constitución de la unión temporal en el que se consignen los acuerdos y la información requerida.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación y capacidad jurídica de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, respecto de las personas jurídicas o naturales que se asocien en consorcio o en unión temporal para la presentación de la propuesta, deberán acreditarse conforme se indica en los numerales respectivos de los pliegos de condiciones.

En todos los casos de propuestas presentadas por dos o más personas naturales y/o jurídicas, en las que no se exprese de manera clara y explícita la clase de asociación que se constituye (consorcio o unión temporal), se presumirá la intención de concurrir al proceso de selección en consorcio, con los efectos y consecuencias que dicha forma de asociación conlleve para los proponentes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

Una vez el Contrato sea adjudicado al consorcio o unión temporal y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación, éste debe presentar el Nit del Consorcio o Unión Temporal.

5 SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)

Los oferentes deberán presentar certificación que no se encuentran con comparendos pendientes por pagar y que están a paz y salvo según el artículo 183. Consecuencias por el no pago multas, literal 4, ley 1801 de 29/07/2016 código nacional de policía y convivencia

6 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 1 "Carta de Presentación de la Propuesta" y será firmada por el proponente o apoderado, si a ello hubiere lugar. Si la propuesta es presentada por una persona jurídica, en unión temporal o consorcio, deberá venir suscrita por el representante legal para el caso de las personas jurídicas debidamente facultado en los términos de ley, y para los consorcios y uniones temporales, el Representante designado.

7 BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES

La POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

8 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

La Policía Nacional Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 – Unidad Prestadora De Servicios De Salud Guajira consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

9. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES

La POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

10 CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES

Para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley 828/2003, el proponente, si es persona jurídica, deberá allegar una certificación expedida por el revisor fiscal, si es del caso, o del representante legal del proponente, señalando para el primero el número de la Tarjeta Profesional y anexando fotocopia de la misma; si es persona natural declaración juramentada, en la cual se certifique el pago de los aportes parafiscales indicando que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad.

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

11 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del formulario No. 3 y entregarlo con la oferta.

12. **CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

FORMULARIO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Riohacha D.E.T. y C._____

Señores
LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA
Calle 15 con carrera 7, esquina
Riohacha D.E.T. y C.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021, Cuyo objeto es la PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____, me permito presentar, en nombre de _____, propuesta seria y formal para participar en el proceso de Mínima Cuantía **PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021**, convocado por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA",** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos de Comercio y Civil, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

5. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.
6. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es) _____, ciudad_____: Teléfono: _____, Fax: _____, e-mail: _____.
8. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
9. Que no nos encontramos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
10. El plazo de ejecución del contrato será a partir del acta de inicio hasta el 31/12/2021 y/o hasta agotar presupuesto, lo que primero ocurra.
11. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
12. Que nuestra propuesta económica es por valor total de ($_____) Moneda Legal

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono _____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código_____ Ciudad_____

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

(Adjuntar certificación bancaria)

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____ , quien obra en calidad de_____de la entidad _____, que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 adelanta un proceso de Selección Abreviada para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de Selección Abreviada aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de Selección Abreviada y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;
a) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso.

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (Ciudad donde se firma el presente documento) a los (Día del mes en letras y números, días del mes de del año).

EL PROPONENTE:

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL (CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL), A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES.

FORMULARIO No 4

CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

A. PERSONA JURÍDICA

Señores

POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con NIT No_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

Atentamente

REPRESENTANTE LEGAL

Firma_____

Nombre: _____

C.C. No: _____

FORMULARIO No 4.1

CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

B. PERSONA NATURAL

Señores

POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 8). En especial, que no aparezco reportado en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

Atentamente,

Firma_____

Nombre: _____

C.C. No: _____

FORMULARIO No 5

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

Riohacha, D.E.T y C, _____ de_____ del 2021

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Calle 15 No Carrera 7 esquina, Barrio Camilo Torres
Riohacha – La Guajira

REF: Proceso de Mínima Cuantía – Prestación de servicios No. _____, que tiene por objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

Yo _____ identificado con C.C. No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el NIT No. _____, certifico que actualmente nuestra organización se encuentra en la adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a la normatividad establecida por el Ministerio del Trabajo en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, "Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo" y en la Resolución No. 1111 de 2017, "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes".

De igual manera nuestra empresa cuenta con un responsable para el diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con licencia vigente en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento al Artículo 6 de la Resolución 1111 de 2017, dependiendo del número de trabajadores.

La Regional De Aseguramiento En Salud No. 8– Unidad Prestadora De Salud Guajira, dentro de sus políticas establece un cumplimiento en la Evaluación de los Estándares Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo, igual o superior al 61% (Moderadamente Aceptable), de acuerdo a los criterios de valoración de la Resolución No. 1111 de 2017, Articulo 13.

RESOLUCIÓN 1111 DE 2017 Art. 13	
CRITERIO	**VALORACIÓN**
Puntaje obtenido menor al 60%	CRITICO
Puntaje obtenido entre el 61% y el 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE
Puntaje obtenido mayor o igual al 86%	ACEPTABLE

Doy fe que a la fecha hemos aplicado el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1111 de 2017: "Evaluación Inicial de Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes", con un porcentaje de cumplimiento en nuestra organización del _____%.

Teniendo en cuenta lo anterior en caso de requerirse estaremos dispuestos a recibir visita de verificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, por parte del contratante.

Atentamente,

Firma Re/tante legal _____**Firma Responsable SG-SST**_____
Nombre: _____**Nombre:**_____
C.C. N°: _____ **de** _____**C.C. N°:** _____ **de** _____

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en este documento se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público.

.

FORMULARIO No. 6

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA

Yo,_____, Representante de la entidad_____, identificado con c.c._____ de _____certifico que la entidad que represento, cuenta con la infraestructura, recursos técnicos y tecnológicos y disponibilidad e idoneidad del personal, necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

Expedida el día _____

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

FORMULARIO No. 7

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA JURÍDICA

Señores
POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA

REFERENCIA: PROCESO PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021 cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".**

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ representante legal de la Empresa_____ con Nit N°_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No_____ que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado cuyo objeto es:

_____
REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

REVISOR FISCAL
Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

Tarjeta Profesional No.

(Anexar fotocopia de la cédula, tarjeta profesional y antecedentes de la junta central de contadores)

FORMULARIO No. 7.1

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA NATURAL

Señores
POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA

REFERENCIA: PROCESO PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021 cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".**

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Salud, Pensiones y Atención a Riesgos Profesionales ARP, me encuentro al día con los aportes de ley según planilla de pago No._____ que se efectuó por medio de la entidad _____, en caso de ser adjudicatario con la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, me obligo hacer los aportes de Ley a dichos Sistemas durante la vigencia del contrato cuyo Objeto es: _____ _____ lo anterior en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

FORMULARIO No. 8

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Yo _____ en calidad de Representante Legal de la sociedad _____ certifico bajo la gravedad de juramento, que los datos relacionados a continuación son veraces y fiel copia de los documentos soporte, los cuales podrán ser solicitados por la Policía Nacional para su respectiva verificación. Seleccione sólo una opción para cada ítem. En caso de diligenciamiento incompleto o incorrecto, no se otorgará el puntaje establecido.

SERVICIO	1) DE ORIGEN NACIONAL	2. DE ORIGEN EXTRANJERO

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

FORMULARIO No. 9

COMPROMISO AMBIENTAL

El suscrito_____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente (llantas para vehículos, baterías, luminaria de todo tipo, químicos, aceites…), con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.

a) Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.

b) Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.

El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.

c) Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

FORMULARIO No. 10

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Riohacha, D.E.T y C, _____ de_____ del 2021

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA
Calle 15 carrera 7 esq
Riohacha

REF: Proceso de Mínima Cuantía Prestación de Servicios de Salud No. PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021, que tiene por objeto la "PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

Yo. _____, identificado como aparece al pie de mi firma, representando legalmente a la firma _____ identificada con el Nit No. _____, manifiesto expresamente que los activos y recursos que conforman mi patrimonio, que se emplearan para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, provienen de actividades licitas.

Atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT O C.C:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C: **EXPEDIDA:**
DIRECCIÓN:
TELEFONO:
EMAIL:

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FORMULARIO No. 11

CARTA DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Riohacha, D.E.T Y C, _____ de_____ de 2021

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA
Calle 15 carrera 7 esq
Riohacha

REF: Proceso de Mínima Cuantía Prestación de Servicios de Salud No. PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021, que tiene por objeto la "PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

La firma _____ se compromete a sostener los precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso _____, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la "PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

Atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT O C.C:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C: **EXPEDIDA:**
DIRECCIÓN:
TELEFONO:
EMAIL:

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL