**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICIA NAIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
NIT. No. 802.016.407-3
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

**No. S-2021 - 021288 DEGUA / RASES 8 – UPRES DEGUA 7.2**

Soledad, 17 de marzo de 2021

Señores
**ODONTS CENTER S.A.S**
Representante Legal **LEYDI JOHANA GUTIERREZ PEDROZA**
Calle 7 Nº 12-48
Riohacha (La Guajira)

Asunto: Aceptación Oferta proceso **PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 008 2021.**

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted, el día 26/02/2021 5:55 PM, dentro del 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" por la suma de **NOVENTA MILLONES DE PESOS $ 90.000.000,00 M/CTE** vigencia 2021, ha sido aceptada por esta unidad, así:

| | |
|---|---|
| **CONTRATO No.** | 67-7-20012-21 DEL 17-03-2021 |
| **CONTRATANTE** | POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 |
| **ORDENADOR DEL GASTO** | Teniente Coronel. CARLOS ENRIQUE SANCHEZ FLOREZ |
| **CÉDULA DE CIUDADANÍA No.** | 79.891.066 de Bogotá- Cundinamarca |
| **CARGO** | JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 |
| **DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO** | Orden interna No. 099 del 23 Junio de 2020 |
| **RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN** | Resolución No. 00277 de 27/01/2020 |
| **CONTRATISTA** | **NOMBRE:** ODONTS CENTER S.A.S<br>**NIT**. 900579595-0<br>**REPRESENTANTE LEGAL:** LEYDI JOHANA GUTIERREZ PEDROZA<br>**C.C. No**. 1.082.868.312 Expedida en Santa Marta (Magdalena)<br>**CIUDAD NOTIFICACIÓN:** RIOHACHA<br>**DIRECCIÓN:** Calle 7 Nº 12-48<br>**Tel.** 7292914 - 3108407846<br>**E-mail:** odontscenter01@hotmail.com |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | El Supervisor del presente contrato será el JEFE GRUPO PRESTADOR DE ATENCIÓN EN SALUD de la Unidad Prestadora de Salud Guajira o quien haga sus |

| | |
|---|---|
| | veces o quien con posterioridad designe 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. 00090 del 15/01/2018. |
| **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.<br><br>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.<br><br>**1 REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA DISAN.**<br><br>**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.<br>**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.<br>**3.** Presentar original de la autorización del servicio.<br>**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.<br>**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.<br>**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.<br>**7.** La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.<br>**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:

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

**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.<br><br>**i. DEBE ANEXARSE ADICIONALMENTE A LA FACTURACIÓN:**<br>– 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.<br>– El Reporte de indicadores de seguimiento a riesgos de acuerdo a la Resolución 1043 de 2006 - Circular única y siguientes.<br>– El reporte de indicadores de alerta temprana de acuerdo a la Circular 056 de 2009 y siguientes.<br>– 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.<br>– 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.<br>– El reporte de gestión de eventos adversos de acuerdo a la Resolución 1446 de 2006 y documentos relacionados.<br>– 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.<br>– 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.<br>– Anunciar el monto y el porcentaje de ejecución económico acumulado del contrato.<br><br>**ii. AUDITORIA DE CUENTAS.**<br>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.<br><br>**iii. OBJECIONES Y GLOSAS.**<br>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.<br><br>**iv. CONCILIACIÓN DE GLOSAS.**<br>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.<br><br>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.<br><br>**v. AUDITORÍA DE CONCURRENCIA**<br>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.<br><br>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.<br>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.<br><br>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.<br><br>**vi. MALLA DE PERTINENCIA PARA MEDICAMENTOS.**<br>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.<br><br>MALLA DE PERTINENCIA PARA ORDENES DE SERVICIO GENERADAS POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN – BAJA COMPLEJIDAD.<br><br>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.<br><br>**vii. CAUSALES DE NO PAGO**<br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>Las demás contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.<br><br>Los pagos se realizarán en la siguiente cuenta:<br><br>NOMBRE BENEFICIARIO: **ODONTS CENTER LTDA**<br>CUENTA No. **236800022873**<br>TIPO DE CUENTA: **AHORROS DAMAS**<br>ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA** |
| **APROPIACIÓN PRESUPUESTAL** | Amparado Mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal C.D.P # SIIF No. 10121 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. |
| **VALOR** | El valor del contrato asciende a la suma de **NOVENTA MILLONES DE PESOS $ 90.000.000,00 M/CTE** vigencia 2021, de acuerdo con los valores del *Anexo No. 1 VALORES DE LA OFERTA* de este documento. |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | Las contempladas en el *ANEXO No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS* de este documento |
| **GARANTIA ÚNICA Y SANCIONES** | **EN CONSIDERACIÓN AL DEL DECRETO 1082 DE 2015**<br><br>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:<br><br>**1. GARANTÍA ÚNICA:**<br><br>**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.<br><br>**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.<br><br>**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:** 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 y seis (06) meses más.<br><br>**2. MULTAS.**<br><br>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 – 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. |
| **PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN** | La forma de ejecución será de tracto sucesivo y de acuerdo con lo indicado en el *ANEXO No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS* de este documento.<br><br>El plazo de ejecución del contrato será desde la fecha de inicio del contrato hasta el treinta y uno 31 de agosto de 2021 y/o agotar partida presupuestal o lo que ocurra primero. |
| **LUGAR 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 en la ciudad de Riohacha. |
| **MONEDA DEL CONTRATO** | Pesos colombianos. |
| **VIGENCIA** | La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución donde se surtirán todos los trámites de liquidación y demás actuaciones. |
| **INDEMNIDAD** | El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. |

De acuerdo a lo anterior, el JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, toma la decisión de adjudicar el 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"** a la firma ODONTS CENTER LTDA, identificada con NIT No. 900579595-0, Representada legalmente por la Señora LEYDI JOHANA GUTIERREZ PEDROZA identificada con cedula de ciudadanía No. 1.082.868.312 Expedida en Santa Marta (Magdalena), en atención a que la oferta presentada cumplió técnica, jurídica y económicamente y de conformidad con los términos establecidos en la invitación que rigió el proceso.

Atentamente;

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

Elaborado por: Patrullero AJSAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán 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: 17/03/2021
Ubicación: D:// MIC - 008 /. Odontologia Especializada

Calle 15 carrera 7 esquina
Telefono: 3505545849
Email: degua.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

## ANEXO No. 1

## VALORES DE LA OFERTA

| ITEMS | CODIGO | SERVICIO | VALOR OFERTADO POR ODONSTCENTER |
|---|---|---|---|
| 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.) | 52.261 |
| 2 | 890217B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL | 52.261 |
| 3 | 890218B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | 52.261 |
| 4 | 890219B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL | 52.261 |
| 5 | 890220B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA | 52.261 |
| 6 | 890221B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | 52.261 |
| 7 | 890222B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA | 52.261 |
| 8 | 890223B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL | 52.261 |
| 9 | 890224B | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL | 52.261 |
| 10 | 890317B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL | 52.261 |
| 11 | 890318B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | 52.261 |
| 12 | 890319B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL | 52.261 |
| 13 | 890320B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA | 52.261 |
| 14 | 890321B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | 52.261 |
| 15 | 890322B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA | 52.261 |
| 16 | 890323B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL | 52.261 |
| 17 | 890324B | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL | 52.261 |
| 18 | 230101B | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR | 28.213 |
| 19 | 230102B | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR | 34.528 |
| 20 | 230103B | EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES | 34.528 |
| 21 | 230201B | EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR | 15.988 |
| 22 | 230202B | EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR | 15.988 |
| 23 | 230203B | EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES | 15.988 |
| 24 | 231100B | EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD | 78.594 |
| 25 | 231200B | EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD | 130.586 |
| 26 | 231301B | EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL | 350.649 |
| 27 | 231302B | EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL | 350.649 |
| 28 | 231303B | EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO | 350.649 |
| 29 | 231400B | EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD | 350.649 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 30 | 231500B | COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD | 350.649 |
| 31 | 232101B | OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA | 28.929 |
| 32 | 232102B | OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO | 50.380 |
| 33 | 232103B | OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO | 34.035 |
| 34 | 232104B | OBTURACIÓN DENTAL | 50.380 |
| 35 | 232200B | OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD | 50.380 |
| 36 | 232300B | COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD | 36.409 |
| 37 | 232401B | RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO | 114.823 |
| 38 | 232402B | RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO | 250.872 |
| 39 | 232403B | RECONSTRUCCIÓN DENTAL | 250.872 |
| 40 | 233100B | RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD | 503.805 |
| 41 | 233200B | RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD | 783.697 |
| 42 | 234101B | COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES) | 48.231 |
| 43 | 234102B | COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES) | 48.231 |
| 44 | 234103B | COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA | 48.231 |
| 45 | 234104B | COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA | 220.600 |
| 46 | 234105B | INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA | 671.740 |
| 47 | 234201B | COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS) | 263.994 |
| 48 | 234202B | RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES | 268.696 |
| 49 | 234203B | PATRÓN DE NÚCLEO | 107.613 |
| 50 | 234204B | REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA | 403.044 |
| 51 | 234301B | INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA | 604.567 |
| 52 | 234302B | INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA | 604.567 |
| 53 | 234303B | REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL | 268.696 |
| 54 | 234401B | INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PRÓTESIS | 940.436 |
| 55 | 234402B | INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS | 1.746.525 |
| 56 | 235100B | REIMPLANTE DE DIENTE SOD | 186.207 |
| 57 | 235200B | TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD | 186.207 |
| 58 | 236100B | IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD | 157.994 |
| 59 | 236200B | IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD | 157.994 |
| 60 | 236300B | IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD | 333.721 |
| 61 | 237101B | PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA | 80.608 |
| 62 | 237102B | PULPOTOMÍA | 80.608 |
| 63 | 237200B | APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD | 537.392 |
| 64 | 237301B | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR | 104.254 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 65 | 237302B | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR | 261.173 |
| 66 | 237303B | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR | 471.562 |
| 67 | 237304B | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR | 52.261 |
| 68 | 237305B | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR | 52.261 |
| 69 | 237306B | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR | 471.562 |
| 70 | 237401B | CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR) | 235.109 |
| 71 | 237501B | PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA) | 471.562 |
| 72 | 237502B | PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES | 471.562 |
| 73 | 237601B | FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE | 471.562 |
| 74 | 237602B | FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN | 471.562 |
| 75 | 237603B | FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA | 471.562 |
| 76 | 237701B | RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA | 157.994 |
| 77 | 237702B | RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE | 157.994 |
| 78 | 237703B | RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) | 157.994 |
| 79 | 237800B | HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD | 157.994 |
| 80 | 237901B | BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS | 268.696 |
| 81 | 237902B | EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR | 333.721 |
| 82 | 240200B | DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD | 123.466 |
| 83 | 240300B | ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD | 132.333 |
| 84 | 240400B | DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD | 132.333 |
| 85 | 241101B | BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA | 74.160 |
| 86 | 241102B | BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO | 74.160 |
| 87 | 241103B | BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO | 74.160 |
| 88 | 241104B | BIOPSIA DE ENCÍA | 74.160 |
| 89 | 241200B | BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD | 111.243 |
| 90 | 242101B | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS) | 132.333 |
| 91 | 242102B | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE | 132.333 |
| 92 | 242103B | PLASTIA MUCOGINGIVAL | 132.333 |
| 93 | 242201B | CURETAJE A CAMPO ABIERTO | 157.994 |
| 94 | 242202B | CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN) | 157.994 |
| 95 | 242204B | AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL) | 403.044 |
| 96 | 242205B | AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL) | 806.088 |
| 97 | 242300B | PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD | 157.994 |
| 98 | 242400B | REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD | 201.523 |
| 99 | 243101B | ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS | 185.400 |
| 100 | 243102B | ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS | 259.561 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 101 | 243103B | ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS | 296.640 |
| 102 | 243104B | ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS | 333.721 |
| 103 | 243105B | ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS | 506.493 |
| 104 | 243106B | ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO | 1.035.824 |
| 105 | 243107B | ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO | 1.132.554 |
| 106 | 243108B | ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO | 1.278.994 |
| 107 | 243109B | ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE | 1.625.612 |
| 108 | 243110B | RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA | 185.400 |
| 109 | 243201B | SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS | 132.333 |
| 110 | 243202B | SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS | 157.994 |
| 111 | 243203B | SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA | 157.994 |
| 112 | 243301B | ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL | 259.561 |
| 113 | 243302B | ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL | 333.721 |
| 114 | 243303B | ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE | 333.721 |
| 115 | 243400B | GINGIVECTOMIA SOD | 157.994 |
| 116 | 243501B | CUÑA DISTAL | 132.333 |
| 117 | 243502B | OPERCULECTOMÍA | 157.994 |
| 118 | 244101B | ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO | 259.561 |
| 119 | 244102B | ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO | 333.721 |
| 120 | 244103B | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO | 333.721 |
| 121 | 244104B | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE | 333.721 |
| 122 | 244105B | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO | 333.721 |
| 123 | 244106B | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE | 333.721 |
| 124 | 244107B | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA | 333.721 |
| 125 | 244108B | MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO | 185.400 |
| 126 | 244109B | RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD | 333.721 |
| 127 | 245100B | REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD | 150.604 |
| 128 | 245200B | ALVEOLECTOMÍA SOD | 332.377 |
| 129 | 247401B | FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) | 104.926 |
| 130 | 247402B | FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) | 70.802 |
| 131 | 247403B | FERULIZACIÓN | 104.926 |
| 132 | 248100B | CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD | 259.561 |
| 133 | 248200B | AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD | 69.682 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 134 | 249100B | CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD | 81.281 |
| 135 | 274101B | FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA | 99.418 |
| 136 | 760902B | DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL | 296.640 |
| 137 | 870101B | RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye: CON CEFALOSTATO | 83.027 |
| 138 | 870112B | RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR | 48.156 |
| 139 | 870113B | RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR | 48.156 |
| 140 | 870114B | RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA] | 48.156 |
| 141 | 870131B | RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] | 48.156 |
| 142 | 870440B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES | 25.258 |
| 143 | 870450B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS | 13.704 |
| 144 | 870451B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES | 13.704 |
| 145 | 870452B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES | 13.704 |
| 146 | 870453B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS | 13.704 |
| 147 | 870454B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES | 13.704 |
| 148 | 870455B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES | 13.704 |
| 149 | 870456B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO | 134.348 |
| 150 | 870460B | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES | 13.704 |
| 151 | 763101B | MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL | 2.181.611 |
| 152 | 763102B | MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA | 1.784.955 |
| 153 | 763103B | HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN | 3.966.566 |
| 154 | 763104B | HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN | 6.247.343 |
| 155 | 764101B | MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA | 5.751.521 |
| 156 | 764201B | MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA | 4.759.880 |
| 157 | 762105B | ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR | 446.239 |
| 158 | 766402B | CORTICOTOMIA MANDIBULAR | 743.731 |
| 159 | 270101B | INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | 277.659 |
| 160 | 270102B | INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | 495.821 |
| 161 | 270103B | INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL | 495.821 |
| 162 | 767302B | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION | 2.479.104 |
| 163 | 767402B | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA | 2.974.925 |
| 164 | 767403B | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA | 4.462.388 |
| 165 | 767404B | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA | 5.949.850 |
| 166 | 767201B | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA | 3.470.746 |
| 167 | 767701B | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION | 1.189.970 |
| 168 | 767802B | REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION | 991.641 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 169 | 767602B | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA | 2.974.925 |
| 170 | 767603B | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA | 2.974.925 |
| 171 | 767502B | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA | 991.641 |
| 172 | 767503B | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA | 1.289.134 |
| 173 | 275303B | CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL | 386.740 |
| 174 | 764302B | RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO | 3.966.566 |
| 175 | 768110B | INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR | 1.983.284 |

**ANEXO No. 2**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>CONDICIONES TECNICAS MINIMAS</th><th>CUMPLIO</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Tener sede en la Ciudad de Riohacha, habilitada en los términos de las normas aplicables, para la prestación de los servicios de salud solicitados.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>2</td><td>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.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3</td><td>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.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>4</td><td>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.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>5</td><td>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)</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>6</td><td>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:
<table>
<tr><td>Contratista</td><td>Nombre o Razón Social</td></tr>
<tr><td>NC del Contrato</td><td>Numero Asignado por Contratación</td></tr>
<tr><td>Valor del Contrato</td><td>Valor Asignado incluye adiciones</td></tr>
<tr><td>Fecha del reporte</td><td>Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)</td></tr>
<tr><td>Valor ejecutado</td><td>Valor de las facturas de cada mes que ya se han radicado co la fecha del corte</td></tr>
<tr><td>Valor Programado</td><td>Valor de remisiones que han recibido pero no se han atendido la fecha del corte</td></tr>
<tr><td>Saldo</td><td>Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado)</td></tr>
</table></td><td>SI</td></tr>
<tr><td>7</td><td>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.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>8</td><td>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.</td><td>SI</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **9** | **DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**<br><br>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:<br><br>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.<br><br>2. Nota: *para el cumplimiento de este ítem se debe diligenciar el formulario* ***No. 5*** | **SI** |
| **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. | **SI** |
| **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 | **SI** |
| **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 | **SI** |

**Oportunidad para la atención de consultas especializadas o subespecializadas.**

| ITEM | DIAS PARA LA ATENCIÓN | MARQUAR CON UNA "X" | CUMPLE / NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | 0 - 3 | | |
| 2 | 4 – 6 | X | SI |
| 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 | | |

NOTA: ***Toda la información aquí relacionada se puede verificar en el expediente electrónico del proceso en la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II.***