**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**Nº S-2021-** 000245 **/ UPRES -AREAD - 3.1**

Envigado, 06 de enero de 2021

Señores
LIDERES DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS
Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Carrera 43 a 48C sur 45
Envigado

Asunto: Solicitud estudios de coveniencia y oportinidad 2021

En cumplimiento a la Resolución 3049 de 2014 "Manual de Contratación para la Policía Nacional" e inicio de la vigencia 2021, me permito solicitar a los señores líderes de proceso y/o dueños de necesidad se presenten ante la Jefatura Administrativa y Financiera, los Estudios Previos con los cuales se adelantarán los procesos de contratación para el suministro de bienes y servicios aprobados en el Plan Anual de Adquisiciones que le fue notificado para la vigencia 2021 a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia desde el nivel central.

Para el logro de las metas institucionales se requiere dar estricto cumplimiento al cronograma de contratación, para tal fin los Estudios Previos se deben radicar con mínimo dos (02) meses de anterioridad a la fecha de inicio del contrato, toda vez que el tiempo de contratación depende de la modalidad de ésta y de la cantidad de procesos radicados; el ECO debe ir acompañado la respectiva acta de revisión debidamente firmada, certificación del Plan Anual de Adquisiciones debidamente firmado y autorización del señor ordenador del gasto, además es importante que se ajusten a las verdaderas necesidades de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, adicionalmente se recuerda que los estudios previos deben ajustarse al último formato publicado en la suite visión empresarial **CÓDIGO: 2BS-FR-0004, FECHA: 15-01-2016- VERSIÓN: 7**

Aspectos importantes a tener en cuenta:

1) Para la estructuración de los Estudios Previos se debe haber efectuado un estudio de mercado responsable y juicioso del bien o servicio a adquirir.
2) Los Estudios Previos deben estar soportado con el formato de plan de compras debidamente firmado, aprobado y codificado al quinto nivel de desagregación presupuestal.
3) Se deben corregir las debilidades detectadas en la vigencia anterior, las cuales ya se les han socializado, incluyendo las efectuadas por los proveedores en las adendas y ajustando los aspectos que generaron que el proceso de contratación se fuera desierto o no contara con la debida pluralidad de oferentes.
4) Con antelación a la compra se deben verificar juiciosamente las existencias en el almacén, con el fin de evitar compras innecesarias que afecten la priorización del presupuesto.
5) Las compras deben obedecer a verdaderas necesidades, ajustadas a las políticas de austeridad, transparencia y a la demanda real de bienes y servicios de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

6) Se debe dar celeridad a la contratación de los procesos que se declararon desiertos al finalizar la vigencia anterior 2020, además la compra de materiales y suministros, previendo el aumento del dólar, para garantizar el normal funcionamiento de la red propia, así como priorizar la contratación de la red externa, con el fin de dar continuidad a los servicios de tercer y cuarto nivel.

7) Igualmente se deben priorizar los recursos que ayuden a mitigar la pandemia por el COVID-19

8) Los ECOS para la contratación por prestación de servicios profesionales deben estar soportados con la certificación de adecuación de volumen y/o cargas laborales aprobadas por la DISAN.

9) El ECO debe guardar especial respeto por el principio de planeación, ya que el éxito del proceso de contratación depende de su oportunidad.

De antemano agradezco su atención al respecto.

Atentamente,

ASD-05 **MARTHA EUGENIA PATIÑO SALDARRIAGA**
Jefe Grupo Administrativo y Financiero UPRES Antioquia (E)

Elaborado por: ASD-05 Martha E. Patiño
Fecha de elaboración: 06/01/2021
Ubicación E:\ Correspondencia General, Correspondencia 2021



Carrera 43 a 48 C sur 45
Teléfono: 3396627
deant.rases-adm@policia.gov.co
www.policia.gov.co

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**Nº S-2021-00218 ESPCO - GASIS 29.25**

Envigado, 04 de febrero del 2021

Mayor
LEONARDO ESPINAL GRANADA
Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Carrera 43ª 48 C sur-45
Envigado

Asunto Solicitud Contratación

Con el fin de contribuir con el desarrollo de las metas estratégicas de la Dirección de Sanidad, en el sentido de dar continuidad en la prestación del servicio asistencial, de manera atenta me permito solicitar a mi Mayor, autorice la contratación de un Periodoncista para que preste sus servicios profesionales en el Servicio de Odontología, vigencia 2021 Siete (07) meses. Lo anterior teniendo en cuenta que la Unidad Prestadora de Salud Antioquia en su planta de personal no cuenta con recurso humano capacitado, certificado e idóneo para desempeñar las actividades propias de la profesión requeridas en el Servicio de Odontología de esta Unidad. Para conocimiento de mi Mayor, la necesidad fue generada por esta Dependencia e incluida en la proyección del plan de compras 2021 de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, el cual fue aprobado así:

| | |
|---|---|
| RUBRO | Otros servicios profesionales y técnicos N.C.P |
| UNIDAD EJECUTORA | Unidad Prestadora de Salud Antioquia |
| REQUERIMIENTO SOLICITADO | Contrato por prestación de servicios de salud por evento |
| TIPO DE CONTRATO | Contratación Directa |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | Vigencia 2021: **$15.272.724** QUINCE MILLONES DOCIENTOS SETENTA Y DOSMIL SETECIENTOS VEINTI CUATRO PESOS M/CTE. |
| TOTAL | **$15.272.724** QUINCE MILLONES DOCIENTOS SETENTA Y DOSMIL SETECIENTOS VEINTI CUATRO PESOS M/CTE |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | Siete (07) meses vigencia 2021 contados a partir de la fecha de expedición de la carta de inicio previo el cumplimiento de los requisitos de legalización del contrato. |

Atentamente,

**SM184 MAUREN BULA OJEDA**
Líder Servicio de Odontología

**POLICÍA NACIONAL**
**DIRECCIÓN DE SANIDAD**
29 MAR 2021
**Mayor LEONARDO ESPINAL GRANADA**
**Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia**
**Ordenador del Gasto**

Elaborado por SM184 MAUREN BULA OJEDA
Revisado por: SM184 MAUREN BULA OJEDA
Fecha de elaboración: 04/02/2021
Ubicación: \mis documentos\oficio 07

"Humanismo y Calidad, Camino a la Excelencia en la Sanidad Policial"

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396777
Deant.escop-odo@policia.gov.co
www.policia.gov.co

**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA**

**Envigado, 04 de Febrero de 2021**

## 1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANALISIS DEL SECTOR

**1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN PERIODONCIA POR EVENTO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

| CLASIFICACIÓN UNSPSC | Segmento | Familia | Clase | Producto |
|---|---|---|---|---|
| 85121700 | 85 | 12 | 17 | 00 |

**1.2 VALOR ESTIMADO**

VIGENCIA 2021: **$ 15.272.724.00** QUINCE MILLONES DOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE Resolución 001 de Enero del 2021

**TOTAL: $ 15.272.724.00**

**1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN Y/O VIGENCIAS FUTURAS.**

Resolución No. 0001 del 01 Enero de 2021 DISAN Aprobación de Recursos Plan Anual de Adquisiciones Vigencia 2021. Con numero de plan de compra 176 del 17-03-2021

| Recurso | Rubro | Programa | Valor | Vigencia |
|---|---|---|---|---|
| 16 | 02-02-02-009-03-01 | O | **$ 15.272.724.00** | 2021 |

**1.4 CLASE DE CONTRATO**

Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión

**1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES**

se requiere un (a) persona con título de profesional como odontólogo especialista en Periodoncia por evento.

**1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN**

**I)** Justificación: La contratación del especialista en Periodoncia se hace para dar cumplimiento a la misión institucional en la cual se busca contribuir a la calidad de vida de los usuarios, así como garantizar la atención de manera integral y efectiva de los mismos. La presente contratación se realiza para la vigencia 2021

**II)** Conveniencia: resulta conveniente realizar el contrato para suplir las necesidades de los usuarios que asisten a los servicios, garantizando los servicios de Periodoncia a partir de la fecha.

**III)** Oportunidad: La situación de salud de la población de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia requiere los servicios de Periodoncia, además en el transcurso de la ejecución del contrato se ha evidenciado una cobertura oportuna.

**IV)** La Institución cuenta con la infraestructura física, los recursos tecnológicos necesarios para prestar los servicios requeridos, pero no cuenta con el talento humano idóneo para garantizar la atención integral de los usuarios en forma oportuna.

**JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD**

La Unidad Prestadora de Salud Antioquia deben contar con médicos especialistas en diferentes áreas, para garantizar la atención de los pacientes referidos de los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y consulta externa. Los servicios objeto de la presente contratación están dirigidos a todos los usuarios y beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia que para el año 2021 según los datos estadísticos de AGESA es de alrededor de 51.647 personas y adicionalmente se podrían atender usuarios y beneficiarios de las otras Áreas que conforman la Regional No 6 de Policía, como son Chocó, Córdoba y Urabá con una población de 22.873 usuarios.

Teniendo en cuenta el anterior razonamiento tenemos la distribución demográfica de la Región así:

| USP | GENERO | TOTAL TITULARES SANIDAD | TOTAL BENEFICIARIOS | TOTAL NO COTIZANTES | TOTAL POR GENERO | TOTAL USP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **DEANT** | **F** | 3487 | 17764 | 702 | 21953 | **51.647** |
| | **M** | 18632 | 8622 | 2440 | 29694 | |
| **DECHO** | **F** | 295 | 1674 | 1 | 1970 | **5.637** |
| | **M** | 1842 | 883 | 942 | 3667 | |
| **DECOR** | **F** | 480 | 5600 | 3 | 6083 | **13.832** |
| | **M** | 4376 | 2996 | 377 | 7749 | |
| **DEURA** | **F** | 83 | 1085 | 0 | 1168 | **3.404** |
| | **M** | 1371 | 596 | 269 | 2236 | |
| **Total** | | **30566** | **39220** | **4734** | **74520** | **74520** |

En consideración a que los contratos de los especialistas vigentes a la fecha se encuentran en un porcentaje de ejecución que supera el 70% y/o a que el recurso humano contratado es insuficiente, es menester adelantar un nuevo proceso de selección atinente a contar con el recurso humano oportunamente.

Alternativas de solución:

1. Remitir los pacientes a la red externa.
2. Contratar los odontólogos especialistas.

Análisis de las alternativas:

1. Remitir los pacientes a la red externa implica principalmente estar sujetos a la oportunidad que brindan las IPS, lo anterior con la consabida carencia de oportunidad de cita que oscila entre 1 y 2 meses, afectando el tratamiento a tiempo de las patologías de los pacientes. Así mismo, se estarían subutilizando las instalaciones de la Unidad Prestadora de Servicio Antioquia, además se aumentarían los costos de la misma pues el valor de los exámenes se incrementaría y los pacientes no tendrían sentido de pertenencia con su institución policial, quedando la infraestructura hospitalaria sin un servicio de relevancia.

2. Contratar los odontólogos especialistas a través de la modalidad de prestación de servicios. Garantiza una mejor oportunidad, pues la disponibilidad ofertada por el especialista es conocida por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia y por ende agendada de acuerdo a las necesidades; adicionalmente se puede lograr una mejor oferta económica.

Conclusión:

Según el análisis de las alternativas realizado anteriormente se considera la contratación de prestación de servicio de salud como la opción más viable para la contratación de los servicios por el sistema de evento laborado, teniendo en cuenta el hecho de que resulta ser más benéfico para la Unidad Prestadora de Salud Antioquia respecto a los otros tipos de contratación. De acuerdo a la modalidad de contratación, no se encuentra cobijado con ningún tratado internacional.

## 2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza jurídica del contrato a celebrar, la modalidad de selección que se debe adelantar es la de Contratación Directa – Definida en el Artículo 2, Numeral 4, literal h, de la ley 1150 de 2007 en concordancia con el Titulo1, Capitulo 2, Sección 1, Subsección 4, Artículo 2.2.1.2.1.4.9., del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015, que a la letra dice: *"Artículo 2.2.1.2.1.4.9. Contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales. Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión la entidad estatal podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario que haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto deberá dejar constancia escrita."*

La ley 80 de 1993 (Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública) en su Artículo 32, Numeral 3, define el *"Contrato de prestación de servicios. Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados."*

*"Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la entidad; así como los relacionados con actividades operativas, logísticas, o asistenciales."*

## 3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 3.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Los factores de verificación técnicos deberán ser presentados junto con el estudio previo, Para lo cual se deberá anexar la documentación establecida a continuación:

| PERFIL | DOCUMENTOS REQUERIDOS |
|---|---|
| **ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN PERIODONCIA** | ✓ Carta de ofrecimiento de los servicios<br>✓ Oficio manifestando que los diplomas, actas, certificación bancaria, Rut, certificados de experiencia, etc., reposan en el primer contrato ejecutado con la Regional de aseguramiento de salud Nº6.<br>✓ Formato hoja de vida.<br>✓ Formato información a terceros.<br>✓ Formato de la función pública con la declaración de bienes y rentas.<br>✓ Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía<br>✓ Paz y salvo fiscal de la contraloría<br>✓ Paz y salvo procuraduría<br>✓ Paz y salvo antecedentes judiciales<br>✓ Rethus (si aplica)<br>✓ Ética médica u odontológica (si aplica) no superior a 30 dias.<br>✓ Planilla de pago de aportes de seguridad social<br>✓ Examen ocupacional periodo actualizado<br>✓ Certificación curso de humanización en la prestación de servicios de Salud.<br>✓ Oficio Autorizando la consulta en la página de la Dirección de investigación criminal e interpol.<br>✓ Certificado del registro nacional de medidas correctivas.R.N.M.C |

### 3.1.1 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

### 3.1.1.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

Se requiere un (a) persona con título de profesional como **ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN PERIODONCIA**, recibido en una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación. según lo establecido en la 125 del 08 de abril del 2020. " por la cual se fijan los requisitos mínimos y honorarios para la prestación de servicio".

### 3.1.1.2 EXPERIENCIA

Persona Natural, con formación académica como **ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN PERIODONCIA,** sin experiencia, según lo establecido mediante Resolución Nº. 125 DEL 8 de Abril del 2020"por la cual se fijan los requisitos mínimos y honorarios para la prestación de servicios".

### 3.1.1.3 FORMACIÓN

Odontólogo con especialización en Periodoncia.

## 3.2 Evaluación Económica

La oferta no deberá superar el precio techo establecido para cada ítem. No ofertar algún ítem inhabilita todo el grupo al que se presente.

- Sostenimiento de los precios: Los precios se deben sostener durante toda la vigencia del contrato y sus adiciones
- Integridad de los precios: Los precios deben incluir la carga tributaria y arancelaria de ley. No se aceptan reajustes ni cobros adicionales.
- La oferta económica deberá ser presentada en el formato establecido al cual no se le podrán hacer modificaciones.

### 3.2.1 PRECIO TECHO

Las ofertas no deben superar el precio techo de cada ítem.
Para el contrato de los procedimientos de especialista se tiene en cuenta solo el valor de referencia del mercado del año 2021.

| ITEM | ELEMENTO | CÓD. CUPS | ANÁLISIS GENERAL | |
|---|---|---|---|---|
| | | | VR. PRECIO TECHO | |
| 1 | DETARTRAJE | 997300 | $ | 22.835,00 |
| 2 | VALORACIÓN | 890204 | $ | 25.116,00 |
| 3 | ALISADO RADICULAR | 240300 | $ | 65.000,00 |
| 4 | CIRUGIA DE COLGAJO | 242202 | $ | 94.968,00 |
| 5 | GINGIVECTOMIA | 243400 | $ | 17.559,00 |
| 6 | REGULARIZACION DE REBORDE | 245100 | $ | 53.657,00 |
| 7 | PLASTIA MUCOGINGIVAL | 242102 | $ | 73.269,00 |
| 8 | INSTRUCCIÓN HIGIENE ORAL | 990212 | $ | 3.779,00 |

## 4. VALOR DE LA CONTRATACIÓN

| | | PERIODONCIA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 997300 | DETARTRAJE | | EVENTO | $ | 22.835,00 |
| 2 | 890204 | VALORACIÓN | | EVENTO | $ | 25.116,00 |
| 3 | 240300 | ALISADO RADICULAR | | EVENTO | $ | 65.000,00 |
| 4 | 242202 | CIRUGIA DE COLGAJO | | EVENTO | $ | 94.968,00 |
| 5 | 243400 | GINGIVECTOMIA | | EVENTO | $ | 17.559,00 |
| 6 | 242102 | PLASTIA MUCOGINGIVAL | | EVENTO | $ | 53.657,00 |
| 7 | 245100 | REGULARIZACION DE REBORDE | | EVENTO | $ | 73.269,00 |
| 8 | 990212 | INST. H. ORAL | | EVENTO | $ | 3.779,00 |

**OBSERVACIONES**

- En caso de requerirse, para los portafolios de procedimientos no indicados en la tabla anterior, se fijan los siguientes manuales tarifarios:

| ESPECIALIDAD | MANUAL TARIFARIO | Vigencia 2.021 |
|---|---|---|
| Periodoncia | ISS 2001 + 20% | **$ 15.272.724.00** |
| **Total** | | **$ 15.272.724.00** |

**Debido a que la mayoría de los profesionales que prestan sus servicios independientes, usan el manual tarifario ISS, con algunos porcentajes de descuentos y no obstante, al hacer la conversión estos pueden resultar mucho más elevados que las tarifas que manejamos actualmente; decidimos seguir con esas mismas tarifas ya que son valores acorde con los profesionales y los procedimientos que estos realizan.

**5. CONDICIONES DEL CONTRATO**
**5.1 LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**
El contrato se ejecutará en las instalaciones de La Unidad Prestadora de Salud Antioquia, ubicada en la Carrera 48 c Sur 45 Barrio Primavera Envigado Antioquia o las ofrecidas por el contratista ubicado en la carrera 43ª# 14-109 oficina 501 edificio Nova tempo y que sean aprobadas por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, previa habilitación de la misma. Para los procedimientos quirúrgicos que requieran anestesia total se podrá utilizar los quirófanos de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

**5.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**
El objeto del futuro contrato a celebrar se ejecutará en forma tracto sucesivo y de acuerdo a los requerimientos del contratante.

**5.3 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**
El plazo para la prestación del servicio objeto del presente proceso será de siete (7) Meses Vigencia 2021, el cual iniciará a partir de la aprobación de la garantía única y suscripción de la carta de inicio.

**5.4 FORMA DE PAGO.**
La POLICIA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA SALUD ANTIOQUIA, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en el municipio de envigado, en PAGOS MENSUALES con base en la facturación soportada y presentada por el contratista durante los primeros quince (15) 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 de radicación de cuentas de la POLICIA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA SALUD ANTIOQUIA, 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.
El pago se realizará dentro de los 30 días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARP, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, cuenta de cobro y recibo a satisfacción técnico económico (RAS), informe de actividades junto con los documentos requeridos por la Dirección de Sanidad – La Unidad Prestadora de Salud Antioquia, de acuerdo al derecho a turno y programación del plan anual de caja (PAC).
En caso de que el CONTRATISTA supere en el año el valor 3.500 UVT de ingresos brutos ($124.625.000), será obligado a facturar electrónicamente según la DIAN.
Se da a conocer además que si el CONTRATISTA presenta los documentos requeridos para el pago después del día veinte (20) del mes los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

**REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA DISAN**
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.
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.
Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los quince (15) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta LOS 60 DIAS HÁBILES SIGUIENTES.
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.
El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

**DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O CONDICIONES PARA PRESENTAR LA FACTURA:**
Factura de venta original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley.
Formato de Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
En cumplimiento a la Ley 828 de 2003 en su artículo 1° 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.
Si los documentos en referencia son devueltos por la ventanilla única de radicación de cuentas por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la POLICIA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA SALUD ANTIOQUIA, 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.

**DEBE ANEXARSE ADICIONALMENTE A LA FACTURACIÓN:**
Anunciar el monto y el porcentaje de ejecución económico acumulado del contrato.

**AUDITORIA DE CUENTAS.**
La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única de radicación de cuentas de la POLICIA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA SALUD ANTIOQUIA, 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.

**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.

**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 POLICIA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

**CAUSALES DE NO PAGO**
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

**5.5 SUPERVISOR DEL CONTRATO**
El supervisor del contrato será el Líder Servicios de Odontología UPRES o a quien haga sus veces o quien 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. 0090 del 15 de enero de 2018, y la ley1474 de 2011 artículos 82,83,84 Se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

**6. ANEXOS DEL ESTUDIO**
Son anexos del presente Estudio de Conveniencia y Oportunidad los siguientes:

- Anexo No. 1 Estudio Económico
- Anexo No. 2 Condiciones Técnicas
- Anexo No. 3 Obligaciones generales del Contratista
- Anexo No. 4 Obligaciones generales del Contratante
- Anexo No. 5 Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías.
- Anexo No. 6 Formatos sugeridos para la presentación de la oferta
- Anexo No. 7 inhabilidades Persona Natural
- Anexo No. 8 certificado Parafiscales
- Anexo No. 9 Compromiso Anticorrupción
- Anexo No. 10 compromiso de participación en capacitaciones por la dirección de sanidad
- Anexo No.11 Declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información contratistas o terceros
- Certificación Plan de Compras

SM184 **MAUREN PATRICIA BULA OJEDA**
Líder Servicio de Odontología

**ANEXO No. 1**

# ESTUDIO DE MERCADO

## 1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

**I)** Justificación: La contratación del especialista en Periodoncia se hace para dar cumplimiento a la misión institucional en la cual se busca contribuir a la calidad de vida de los usuarios, así como garantizar la atención de manera integral y efectiva de los mismos. La presente contratación se realiza para las vigencias 2021

**II)** Conveniencia: resulta conveniente realizar el contrato para suplir las necesidades de los usuarios que asisten a los servicios, garantizando los servicios de Periodoncia a partir de la fecha.

**III)** Oportunidad: La situación de salud de la población de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia requiere los servicios de Periodoncia, además en el transcurso de la ejecución del contrato se ha evidenciado una cobertura oportuna.

**IV)** La Institución cuenta con la infraestructura física, los recursos tecnológicos necesarios para prestar los servicios requeridos, pero no cuenta con el talento humano idóneo para garantizar la atención integral de los usuarios en forma oportuna.

**JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD**

La Unidad Prestadora en Salud Antioquia y los Establecimientos de Atención Primaria que conforman La Unidad Prestadora de Salud Antioquia deben contar con odontólogos especialistas en diferentes áreas, para garantizar la atención de los pacientes referidos de los servicios de consulta y procedimientos quirúrgicos. Los servicios objeto de la presente contratación están dirigidos a todos los usuarios y beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia que para el año 2021 según los datos estadísticos de AGESA es de alrededor de 51.647 personas y adicionalmente se podrían atender usuarios y beneficiarios de las otras Áreas que conforman la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, como son Chocó, Córdoba y Urabá con una población de 22.873 usuarios.

Para asegurar la oportunidad en la atención de los pacientes, de acuerdo al comportamiento histórico se requiere Odontología especializada, con el fin de brindar atención a los usuarios que así lo requieran, dar cumplimiento a la Resolución 412 de 2000.

La atención en odontología especializada es indispensable porque debido a la complejidad de las patologías se requiere profesionales con el nivel de formación adecuado y certificado para el manejo de éstas, lo anterior en razón a que en el nivel de formación general sólo posee los conocimientos básicos para el inicio del estudio y el manejo de dichas condiciones.

En consideración a que los contratos de los especialistas vigentes a la fecha se encuentran en un porcentaje de ejecución que supera el 70% o a que el recurso humano contratado es insuficiente, es menester adelantar un nuevo proceso de selección atinente a contar con el recurso humano oportunamente.

Alternativas de solución:

1. Remitir los pacientes a la red externa.
2. Contratar los médicos especialistas.

Análisis de las alternativas:

1. Remitir los pacientes a la red externa implica principalmente estar sujetos a la oportunidad que brindan las IPS, lo anterior con la consabida carencia de oportunidad de cita que oscila entre 1 y 2 meses, afectando el tratamiento a tiempo de las patologías de los pacientes. Así mismo, se estarían

subutilizando las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia además se aumentarían los costos de la misma pues el valor de los exámenes se incrementaría y los pacientes no tendrían sentido de pertenencia con su institución policial, quedando la infraestructura hospitalaria sin un servicio de relevancia.

2. Contratar los médicos especialistas a través de la modalidad de prestación de servicios, garantiza una mejor oportunidad pues la disponibilidad ofertada por el especialista es conocida por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia y por ende agendada de acuerdo a las necesidades, adicionalmente se puede lograr una mejor oferta económica.

**Conclusión:**

Según el análisis de las alternativas realizado anteriormente se considera la contratación de prestación de servicio de salud como la opción más viable para la contratación de los servicios por el sistema de evento laborado teniendo en cuenta el hecho de que resulta ser más beneficioso para la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, con respecto a los otros tipos de contratación.

## 2. ANÁLISIS DE LA OFERTA DEL MERCADO

**DESCRIPCION MERCADO**

Se efectuó un análisis en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá por conveniencia logística y porque se tiene ampliamente identificado que las tarifas en servicios de salud varían de una región geográfica a otra.

Se encontró que en medicina especializada la oferta es bastante restringida, en unas especialidades más que en otras. De los médicos especialistas que no laboran mediante contrato de trabajo en alguna IPS, la mayoría prestan sus servicios en más de una entidad y sólo pueden comprometer el cupo de horas que tengan disponibles.

No se consideró pertinente tomar como referencia los valores pagados en otras entidades porque la modalidad de contratación es diferente, algunos por contrato laboral, mediante cooperativas de trabajo asociado, prestadores de servicios en consultorios particulares.

No obstante, es posible encontrar el número de horas proyectadas que requiere la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

## 3. ANALISIS DE PRECIOS

Consecuencia de lo expresado en el numeral anterior, las tarifas son variadas, dependiendo principalmente de la modalidad de contratación o vínculo con el contratante (salario, compensación, honorarios, etc.). En ocasiones se paga por horas y en otras en términos de manuales tarifarios.

Se consideró el valor históricamente pagado y los valores de mercado.

En la mayoría de los casos en los que los profesionales prestan sus servicios independientemente, el manual tarifario usado es el ISS-2001 con algún porcentaje de descuento, no obstante, haciendo la conversión a las tarifas con las que se contrata actualmente en la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, estas últimas resultan ser más favorables y serán estas las establecidas como precio techo.

Las tarifas de la facturación serán las mismas establecidas durante la vigencia 2021.

Al verificar en el portal de contratación www.contratos.gov.co; se evidencio que solo existen los contratos que han sido celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

## 3.1. ANALISIS PRECIO SECOP II

Se realizó consulta en la página www.colombiacompra.gov.co, encontrándose una publicación de contrato en una entidad estatal a nivel país, con objeto igual o similar al requerido en el estudio previo, es posible evidenciar que algunos elementos no cuenta con un precio SECOP de referencia, así:

| GRUPO / ITEM | ELEMENTO | CÓD. CUPS | PRECIO SECOP | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ENTIDAD | NÚMERO DE CONTRATO | FECHA | PRECIO SECOP |
| 1 | DETARTRAJE | 997300 | Red de Salud del Centro E.S.E | 1-05-05-004-2021 | 11/02/2021 | 150.000,00 |
| 2 | VALORACIÓN | 890204 | Red de Salud del Centro E.S.E | 1-05-05-004-2021 | 11/02/2021 | |
| 3 | ALISADO RADICULAR | 240300 | Red de Salud del Centro E.S.E | 1-05-05-004-2021 | 11/02/2021 | 200.000,00 |
| 4 | CIRUGIA DE COLGAJO | 242202 | Red de Salud del Centro E.S.E | 1-05-05-004-2021 | 11/02/2021 | 320.000,00 |
| 5 | GINGIVECTOMIA | 243400 | Red de Salud del Centro E.S.E | 1-05-05-004-2021 | 11/02/2021 | 80.000,00 |
| 6 | REGULARIZACION DE REBORDE | 245100 | Red de Salud del Centro E.S.E | 1-05-05-004-2021 | 11/02/2021 | 240.000,00 |
| 7 | PLASTIA MUCOGINGIVAL | 242102 | Red de Salud del Centro E.S.E | 1-05-05-004-2021 | 11/02/2021 | 320.000,00 |
| 8 | INSTRUCCIÓN HIGIENE ORAL | 990212 | | | | |

## 3.2. ANÁLISIS DE PRECIOS HISTÓRICOS

Se tomaron como referencia los valores contratados en los años 2018, 2019 y 2020 Para establecer el precio histórico más el incremento del IPC equivalente a cada año.

| ITEM | ELEMENTO | CÓD. CUPS | ANÁLISIS CONTRATOS HISTÓRICOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CONTRATO 1 AÑO 2018 | CONTRATO 2 AÑO 2019 | CONTRATO 3 AÑO 2020 | VR PROYECTADO 2018 A 2019 IPC 2018 3,18% | VR PROYECTADO 2019 A 2020 IPC 2019 3,80 | VR PROYECTADO 2020 A 2021 IPC 2020 1,61% | VR. HISTÓRICO DE REFERENCIA |
| 1 | DETARTRAJE | 997300 | $ 17.566 | $ 17.566 | $ 17.566 | 19.002,05 | 18.416,40 | 17.848,81 | $ 18.422,42 |
| 2 | VALORACIÓN | 890204 | $ 19.320 | $ 19.320 | $ 19.320 | 20.899,44 | 20.255,32 | 19.631,05 | $ 20.261,94 |
| 3 | ALISADO RADICULAR | 240300 | $ 50.241 | $ 50.241 | $ 50.241 | 54.348,28 | 52.673,27 | 51.049,88 | $ 52.690,47 |
| 4 | CIRUGIA DE COLGAJO | 242202 | $ 73.053 | $ 73.053 | $ 73.053 | 79.025,19 | 76.589,64 | 74.229,15 | $ 76.614,66 |
| 5 | GINGIVECTOMIA | 243400 | $ 13.507 | $ 13.507 | $ 13.507 | 14.611,22 | 14.160,90 | 13.724,46 | $ 14.165,53 |
| 6 | REGULARIZACION DE REBORDE | 245100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | - | - | - | $ - |
| 7 | PLASTIA MUCOGINGIVAL | 242102 | $ 56.361 | $ 56.361 | $ 56.361 | 60.968,60 | 59.089,55 | 57.268,41 | $ 59.108,85 |
| 8 | INSTRUCCIÓN HIGIENE ORAL | 990212 | $ 3.149 | $ 3.149 | $ 3.149 | 3.406,44 | 3.301,45 | 3.199,70 | $ 3.302,53 |

## 3.3. ANÁLISIS PRECIOS DE MERCADO

De las cotizaciones presentadas por las Especialistas en Periodoncia Dra. Nohora Blanco, Dra. Patricia Jaramillo, Dra. Catalina López y Dra. Carolina Tejada, se realizó un análisis con el fin de establecer el precio de mercado para los ítems relacionados, por lo que se tomó como precio de mercado el menor valor cotizado.

| ITEM | ELEMENTO | CÓD. CUPS | ANALISIS DEL MERCADO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZACION 1 | COTIZACION 2 | COTIZACION 3 | COTIZACION 4 |
| 1 | DETARTRAJE | 997300 | 22.835,00 | 90.000,00 | 120.000,00 | 95.000,00 |
| 2 | VALORACIÓN | 890204 | 25.116,00 | 100.000,00 | 40.000,00 | 90.000,00 |
| 3 | ALISADO RADICULAR | 240300 | 65.000,00 | 210.000,00 | 200.000,00 | 220.000,00 |
| 4 | CIRUGIA DE COLGAJO | 242202 | 94.968,00 | 500.000,00 | 390.000,00 | 500.000,00 |
| 5 | GINGIVECTOMIA | 243400 | 17.559,00 | 100.000,00 | 80.000,00 | 90.000,00 |
| 6 | REGULARIZACION DE REBORDE | 245100 | 53.657,00 | 600.000,00 | 450.000,00 | 450.000,00 |
| 7 | PLASTIA MUCOGINGIVAL | 242102 | 73.269,00 | 400.000,00 | 380.000,00 | 380.000,00 |
| 8 | INSTRUCCIÓN HIGIENE ORAL | 990212 | 3.779,00 | 10.000,00 | 9.000,00 | 9.000,00 |

## 3.3 ANALISIS DEL VALOR ESTIMADO

Para establecer el valor de referencia de los procedimientos que conforman el presente proceso se establece como valor de referencia del mercado el menor valor cotizado por las Especialistas en Periodoncia.

| GRUPO / ITEM | ELEMENTO | CÓD. CUPS | ANÁLISIS GENERAL | |
|---|---|---|---|---|
| | | | VR. HISTÓRICO DE REFERENCIA | VR. DE MERCADO DE REFERENCIA |
| 1 | DETARTRAJE | 997300 | $ 18.422,42 | $ 22.835,00 |
| 2 | VALORACIÓN | 890204 | $ 20.261,94 | $ 25.116,00 |
| 3 | ALISADO RADICULAR | 240300 | $ 52.690,47 | $ 65.000,00 |
| 4 | CIRUGIA DE COLGAJO | 242202 | $ 76.614,66 | $ 94.968,00 |
| 5 | GINGIVECTOMIA | 243400 | $ 14.165,53 | $ 17.559,00 |
| 6 | REGULARIZACION DE REBORDE | 245100 | $ - | $ 53.657,00 |
| 7 | PLASTIA MUCOGINGIVAL | 242102 | $ 59.108,85 | $ 73.269,00 |
| 8 | INSTRUCCIÓN HIGIENE ORAL | 990212 | $ 3.302,53 | 3.779,00 |

**ANEXO No 2**

**CONDICIONES TÉCNICAS**

## 1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

| | |
|---|---|
| **PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES** | Persona Natural, con formación académica como **ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN PERIODONCIA** según lo establecido mediante Resolución N°. 125 DEL 8 de Abril del 2020"por la cual se fijan los requisitos mínimos y honorarios para la prestación de servicios". |

## 2. HORAS DE PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS

| No. | Denominación |
|---|---|
| 1 | Odontólogo Especialista I |

| | | PERIODONCIA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 997300 | DETARTRAJE | | EVENTO | $ | 22.835,00 |
| 2 | 890204 | VALORACIÓN | | EVENTO | $ | 25.116,00 |
| 3 | 240300 | ALISADO RADICULAR | | EVENTO | $ | 65.000,00 |
| 4 | 242202 | CIRUGIA DE COLGAJO | | EVENTO | $ | 94.968,00 |
| 5 | 243400 | GINGIVECTOMIA | | EVENTO | $ | 17.559,00 |
| 6 | 242102 | PLASTIA MUCOGINGIVAL | | EVENTO | $ | 53.657,00 |
| 7 | 245100 | REGULARIZACION DE REBORDE | | EVENTO | $ | 73.269,00 |
| 8 | 990212 | INST. H. ORAL | | EVENTO | $ | 3.779,00 |

## ANEXO NO. 3

## OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual en las condiciones en que fue ofertado.

2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.

3. Responder en los plazos que la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.

4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Jefatura Administrativa y Financiera o quien haga sus veces, dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.

6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.

7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Jefatura Administrativa y Financiera de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

8. Diligenciar la documentación requerida por la Institución (Todos estos con la codificación definida por la Dirección de Sanidad Policial), especialmente en lo relacionado a codificación CUPS y CIE10, como son Historia Clínica, Registros Administrativos, Formulación, Incapacidad, hojas de remisión y formatos de solicitudes de actividades No POS.

9. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.

10. Documentar en la respectiva historia clínica del(los) paciente(s) todo acto médico que realice durante sus actividades profesionales, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad, que, por ley, tiene toda documentación, en especial la historia clínica, y seguir las normas de privacidad y seguridad de la información.

11. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.

12. Restituir a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.

13. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

14. Mantener la tarifa de sus honorarios ofrecidos durante todo el plazo de ejecución del Contrato que se suscriba como resultado de la adjudicación.

15. Reportar mensualmente el estado o porcentaje de la ejecución del contrato al Supervisor / Interventor del mismo. Cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 60% se notificará al supervisor con el fin de iniciar los trámites administrativos, para evitar interrumpir la prestación del servicio. El reporte se enviará en el siguiente formato:

| | |
|---|---|
| **Contratista** | Nombre o Razón Social |
| **Nro. 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 actividades que ya se han realizado a la fecha del corte. |
| **Saldo** | Valor total del contrato menos valor ejecutado |

16. Permitir al Auditor Médico de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud, asimismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley.

17. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato.

18. Velar por la preservación de los bienes que tiene bajo su responsabilidad dando uso adecuado de ellos y generando una cultura de mantenimiento preventivo, informando cuando el equipo o implementos entregados para su uso en los servicios presenten fallas o daños, para coordinar oportunamente con el grupo de mantenimiento su reparación.

19. Divulgar y ejecutar el sistema de control Interno de la Institución donde presta sus servicios, con el propósito de lograr que las actividades así como la administración de los recursos se realicen de acuerdo con las normas Constitucionales legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por el mando y directivos de la Institución y en atención a las metas y objetivos propuestos, generando un excelente empleo de los recursos y una adecuada atención en salud a los usuarios, lo cual es evaluado por los diferentes entes de control estatal.

20. Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.

21. Cumplir con el instructivo 061 de Sanidad en lo referente a normas del buen vestir. El contratista deberá ajustarse a la observancia y cumplimiento de reglas internas las cuales tienen que ver con el compromiso, el comportamiento personal y las sanas costumbres en lo referente a su presentación personal.

22. Cumplir el Instructivo 019 DISAN-AGESA del 28 de Junio de 2013 la cual establece "Lineamientos para la atención continua, prioritaria y preferencial de las gestantes del Subsistema de salud de la Policía Nacional"

23. Conocer y cumplir el Nomograma establecido por la Dirección de Sanidad, el cual puede ser consultado en la Oficina Jurídica y la Oficina de Planeación de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

24. Se deberá garantizar una oportunidad menor o igual a 10 días contados a partir de la solicitud de la cita.

25. El contratista deberá contar con los equipos, el recurso humano y el espacio físico debidamente habilitados a la luz de las normas de habilitación en salud para prestar los servicios contratados.

26. En caso de presentar incumplimiento en cualquiera de las condiciones y obligaciones del contrato, la Seccional se reserva la potestad de imponer una multa en dinero al contratista entre el 0.5 % al 2.5 % del valor total del contrato.

27. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor.

28. La atención de los eventos adversos generados durante la atención, 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", correrán por cuenta del prestador.

29. Ajustar el diligenciamiento de las excusas de servicio a la Directiva Administrativa 007 del 16 de febrero de 2009 por el cual se establecen "*Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por la incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado del servicio".*

30. El contratista se ajustará, para formulación de medicamentos, al Acuerdo 052 de 2013. En casos que por condiciones de salud se hayan agotado todos los recursos del presente acuerdo deberá diligenciar el respectivo formato de CTC.

31. El contratista deberá adherirse a los Protocolos y/o guías de manejo médico con los que cuente la institución. En caso de no contar con ellos, está en obligación la ajustar los manejos a las guías del Ministerio de Salud.

32. El profesional está en la obligación de realizar proceso de captación a los usuarios y remitir a los diferentes programas ajustados a la Resolución 412 de 2000 *"Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública"*. Estos usuarios serán valorados en el dispensario de Bello.

33. El profesional deberá ajustar el proceso de generación de historias clínicas a la Resolución 1995 de 1999. La totalidad de la historia clínica deberá ser diligenciada en el sistema establecido por la Dirección de Sanidad (SISAP), en casos de fallas del sistema como plan de contingencia se realizaran registros manuales en los formatos preestablecidos, en caso de evidenciar registros manuales sin fallas del sistema el profesional estará en la responsabilidad de generar los respectivos registros sin remuneración económica.

34. Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

35. El (La) **CONTRATISTA,** cuando en ejercicio de su profesión deba prescribir actividades y procedimientos médicos y medicamentos, deberá acogerse a los Acuerdos 052 de 2013 y 046 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional y a las Guías de Manejo establecidas y que se establezcan en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional cuando a ello haya lugar.

36. Con relación al proceso de facturación este trámite debe estar ajustado al Estatuto Tributario articulo 17 y 18 y la Resolución 3047 de 2008 que de acuerdo a los anterior se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: En el detalle de cargo de las atenciones prestadas (ambulatorias, hospitalarias o procedimientos quirúrgicos) debe quedar establecido el nombre completo del usuario, número de identificación, edad, fecha de atención y código CIE – 10 de la patología; en la orden de la atención medica debe quedar consignada la firma del usuario a la cual se le presto la atención o en su defecto la firma del acompañante. Aquella cita de control posterior a un procedimiento quirúrgico (mayor o menor) o atención médica no generara ningún tipo de costo para la institución.

37. Las órdenes para la atención ambulatoria generadas del sistema SISAP o Formato de Referencia y Contrarreferencia deben contar con el respetivo código de autorización para la atención o en su defecto la firma del Jefe de Prestación de Servicios Asistenciales o Departamento Medico, esto se debe realizar

previamente a generación de la autorización de la consulta médica y tiene la facultad de asignación de sobrecupos y citas extras de acuerdo a la morbilidad y la prioridad en la atención del usuario.

38. Garantizar todas las semanas del mes, 12 horas destinadas a consulta externa y 6 horas a cirugía ambulatoria de acuerdo a la necesidad del servicio.

39. Garantizar la ronda medica durante los días que realice consulta externa o cirugía, en los servicios de Urgencias, (UCE) Unidad de Cuidados Especiales, Hospitalización Segundo y Tercer piso y definir las conductas medicas necesarias de los pacientes en estos servicios.

40. Las cirugías urgentes se realizarán dentro de los tiempos medicamente necesarios y en ningún momento se pondrá en riesgo la salud de los pacientes.

41. Atender de manera oportuna los llamados para comentar pacientes prioritarios y urgentes cuando el cuadro de turnos de disponibilidad lo determine.

42. La cancelación de la programación de consulta y/o cirugía debe de obedecer únicamente a casos de fuerza mayor y cuando ocurra se reprogramará dentro de los 15 días siguientes sin afectar las horas mínimas semanales.

43. Concertar con el líder del grupo de la especialidad el cuadro de disponibilidad ha llamado durante todos los días de la vigencia del contrato que no se cuente de manera presencial con el profesional dentro de las instalaciones de la clínica.

44. "El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora; al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de la atención en salud derivados del evento adverso".
    Dicho reporte se debe consignar en el formato 3ss - fr - 006 " reporte de incidentes y eventos adversos".

45. El contratista debe presentar el certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, donde manifiesta expresamente que no se encuentra incurso dentro de ninguna de las sanciones establecidas dentro de la Ley 1801 Modificado por el art. 6°, Ley 2000 de 2019 ***"Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana"***, previo a la presentación de los documentos en el SECOP II (Colombia Compra Eficiente). de acuerdo en lo contemplado en el **Artículo 183. Consecuencias por el no pago de multas**. Si transcurridos seis meses desde la fecha de imposición de la multa, esta no ha sido pagada con sus debidos intereses, hasta tanto no se ponga al día, la persona no podrá:

1. Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.

*NOTA: Numeral 2 declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-093 de 2020.*

2. Ser nombrado o ascendido en cargo público.

3. Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.

4. **Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.**

NOTA: Numeral 4 declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-054 de 2019.

5. Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.

*NOTA: Numeral 5 declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-054 de 2019.* (....)

Acompañado de dicho certificado, el contratista, debe anexar la consulta efectuada a través del *mecanismo en línea de la página de la Policía Nacional. https://www.policia.gov.co/vinculos/portal-servicios-al-ciudadano*.

**CALIDAD DEL BIEN O SERVICIO**

El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, como son:

- **Accesibilidad**: Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios.
- **Oportunidad**: Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención.
- **Continuidad**: Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida.
- **Pertinencia**: Cumplimiento de los protocolos establecidos, avalados internacionalmente.

- El **CONTRATISTA** debe cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, Decreto 2811 de 1974, Ley 9 de 1979, Decreto 1594 de 1984, Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002, las normas universales de bioseguridad conservación del medio ambiente, recursos naturales participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, segregación adecuada de residuos hospitalarios y demás actividades que incluyan o relacione su actividad; además de las normas que modifiquen, reglamente y/o sustituyan.
-

46. EL CONTRATISTA se compromete a dar un uso adecuado y responsable a la historia clínica electrónica, cuando en desarrollo de su objeto contractual deba tener acceso a la misma; de igual manera se compromete a usar con responsabilidad las herramientas tecnológicas de la DISAN que se ponen a su disposición para el correcto y adecuado desarrollo del objeto contractual. Lo anterior en cumplimiento de los lineamientos plasmados en el plan operativo de Gestión del Cambio.

47. Obligaciones en cumplimiento al artículo 2.2.4.2.16 del Decreto 1072 de 2015, son obligaciones del contratista, las siguientes:

    1. Procurar el cuidado integral de su salud.
    2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
    3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
    4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales.
    5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
    6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.

    Obligaciones del contratista en Seguridad y Salud en el Trabajo:

    1. Conocer la política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.
    2. Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado.
    3. Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen.

Celebración del contrato, adicional a los demás documentos requeridos para la celebración del contrato deberá:

1. Certificado de afiliación vigente a EPS, AFP y ARL (si aplica) y mantener dicha afiliación y alcance de cubrimiento del nivel de riesgo de exposición, durante toda la ejecución de las actividades objeto del contrato.
2. Presentar al contratante certificado de aptitud según resultado de la valoración médica preocupacional el examen pre-ocupacional de acuerdo a lo establecido en los profesiogramas de la Dirección de Sanidad y acorde a los peligros y riesgos inherentes y asumidos durante la ejecución de la tarea contratada.
3. Si la tarea está relacionada con las actividades reglamentadas para el SG-SST (alturas, eléctrico, espacios confinados y trabajos en caliente) la persona natural deberá presentar certificado que contemple idoneidad para el desempeño de la tarea.
4. Certificación y tenencia de los elementos de protección personal acorde a las necesidades de la tarea y según los riesgos de cada tarea a ejecutar.

48. Es obligación del contratista cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral de los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 828 de 2003, Ley 1122 de 2007 y **de conformidad con lo establecido en el decreto 1273 del 2018**, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pactos pactados; De acuerdo con el artículo 1ª de la ley 282 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato de observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de la caducidad administrativa.
49. Cuando se requiera, el contratista prestará el servicio fuera de las instalaciones para cumplir con las campañas por disposición de la UNDAD PRESTADORA DE SALUD, tal y como se establece en la cláusula OCTAVA "LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO" de la minuta de contrato que señala: donde la necesidad del servicio de la Unidad Prestadora de Salud lo requiera", por lo que se le reconocerá y pagará pasajes y gastos de viaje.

## ANEXO No. 4

## OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA**.

3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

4. Recibir a satisfacción los servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el Anexo "ANEXO TÉCNICO".

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

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

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

9. Rechazar los servicios cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos.

10. Rechazar el servicio cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos. Y en cumplimiento al artículo 15 del Decreto 723 del 15 de abril de 2013, las siguientes: 1.) Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales.2.) Investigar todos los incidentes y accidentes de trabajo. 3.) Realizar actividades de prevención y promoción.4.) Incluir a las personas que les aplica el presente decreto en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 5.) Permitir la participación del contratista en las capacitaciones que realice el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. 6.) Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud necesarios para cumplir la actividad contratada de las personas a las que les aplica el presente decreto. 7.) Informar a los contratistas afiliados en riesgo IV y/o V sobre los aportes efectuados al Sistema General de Riesgos Laborales. 8.) Adoptar los mecanismos necesarios para realizar el pago anticipado de la cotización, cuando el pago del aporte esté a su cargo.

## ANEXO No. 5

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

| # | CLASE | FUENTE | ETAPA | TIPO | DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE SUCEDER Y COMO PUEDE OCURRIR PROBABILIDAD | PROBABILIDAD | IMPACTO | CATEGORÍA DEL RIESGO | MITIGACIÓN DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | General | Interno | Selección | Operacionales | La no suscripción del contrato sin justa causa | 1 | 2 | 3 | Transferir |
| 3 | General | Interno | Selección | Operacionales | La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de garantía de cumplimiento exigida por la entidad para amparar el incumplimiento de las obligaciones del contrato. | 1 | 2 | 3 | Transferir |
| 4 | General | Interno | Selección | Operacionales | El retiro de la oferta después de vencido el termino fijado para la presentación de las ofertas | 1 | 2 | 3 | Transferir |
| 5 | General | Interno | Selección | Económicos | Variación en las circunstancias financieras del contratista en forma negativa que pongan en riesgo la ejecución del contrato. | 1 | 2 | 3 | Transferir |
| 6 | General | Interno | Selección | Operacionales | Aspectos que afecten el desarrollo del proceso o la ejecución del contrato, incluyendo aquí el personal idóneo y con el perfil adecuado para el buen y normal desarrollo del contrato. | 1 | 2 | 3 | Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento |
| 7 | General | Interno | Planeación | Operacionales | Situaciones de orden legal que impidan la presentación de una oferta o el posterior desarrollo del contrato ya suscrito. | 1 | 2 | 3 | Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento |
| 8 | General | Interno | Planeación | Operacionales | Ausencia de oferentes o que habiendo recibido ofertas ninguna de ellas haya resultado habilitada. | 2 | 2 | 4 | Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento |
| 9 | General | Externo | Contratación | Operacionales | Inexistencia de causa justificada para que el adjudicatario no suscriba el contrato dentro del tiempo fijado por la Administración. | 1 | 2 | 3 | Transferir |
| 10 | General | Externo | Ejecución | Operacionales | Cumplimiento tardío o incumplimiento definitivo de las obligaciones contraídas. | 1 | 2 | 3 | Transferir |
| 11 | Específico | Externo | Ejecución | Operacionales | Calidad inferior de los servicios entregados frente a los ofertados y adjudicados | 1 | 4 | 5 | Transferir |
| 12 | General | Externo | Ejecución | Operacionales | No pago de las obligaciones de carácter laboral que por su naturaleza deba asumir el contratista. | 2 | 2 | 4 | Transferir |
| 13 | Específico | Externo | Ejecución | Operacionales | Daños causados por la prestación del servicio por parte de personas que no se encuentren legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la autorización o licencia otorgada por la autoridad competente | 2 | 3 | 5 | Transferir |
| 14 | Específico | Externo | Ejecución | Operacionales | Abandono del paciente o negación de atención medica | 2 | 3 | 5 | Transferir |
| 15 | General | Externo | Ejecución | Operacionales | No pago de las obligaciones de carácter laboral que por su naturaleza deba asumir el contratista. | 2 | 2 | 4 | Transferir |

| MECANISMO DE COBERTURA | MONTO Y COBERTURA | PLAZO |
|---|---|---|
| Póliza de cumplimiento | 20% del valor total del contrato | Vigencia del contrato y 60 días calendario más. |
| Póliza de calidad del servicio | 50% del valor total del contrato | Vigencia del contrato y 1 año más. |
| Póliza de responsabilidad civil profesional | Igual o superior a $100.000.000 | Duración del contrato. |

**DE CUMPLIMIENTO**: En cuantía equivalente al veinte (20%) por ciento del valor total del contrato y por un término igual a la vigencia del contrato y 2 meses más.

**DE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO**, en cuantía equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor del contrato y por un término igual a la vigencia del contrato y 1 año más.

**DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**, en póliza anexa el CONTRATISTA, constituirá esta garantía para cubrir a la asegurada POLICIA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD- LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA, por condenas judiciales o conciliatorias que se presenten en su contra , durante el periodo de vigencia del contrato por la se viera obligada legalmente a pagar el asegurado por un acto incorrecto (errores u omisiones), derivado de su actividad profesional, dicha garantía se constituirá por la suma de CIEN MILLONES DE PESOS ($100´000.000.oo) y por un término igual a la duración del contrato.

**ANEXO 6**

**FORMATOS SUGERIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA**

**OFERTA DE CONDICIONES TÉCNICAS**

Yo, Nohora No. Blanco, identificado con la cédula de ciudadanía número 40.037.471, actuando en mi nombre y representación presento propuesta para la "Prestación de servicios de salud en la especialidad de Periodoncio," mediante las siguientes condiciones:

Conozco y daré cumplimiento a lo establecido en los instructivos DISAN-AGESA 073 del 28 de septiembre de 2007 "Unificación de estándares para la prestación de los servicios de salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional" y 036 del 22 de agosto de 2011 "Agendamiento y asignación de citas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional."

Prestaré los servicios médicos profesionales en el marco de las normas que regulan mi especialidad. Así mismo se deben atender los procedimientos internos desarrollados y aplicados por la POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD.

1. Garantizo una disponibilidad mínima de 12 horas semanales para consulta externa, que podrán ser agendadas de la siguiente manera:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lunes | _____ | en el horario de | 8:00 | a | 12:00 | horas |
| Martes | _____ | en el horario de | 8:00 | a | 12:00 | horas |
| Miércoles | _____ | en el horario de | ____:____ | a | ____:____ | horas |
| Jueves | _____ | en el horario de | 2:00 | a | 6:00 | horas |
| Viernes | _____ | en el horario de | ____:____ | a | ____:____ | horas |
| Sábado | _____ | en el horario de | ____:____ | a | ____:____ | horas |
| Domingo | _____ | en el horario de | ____:____ | a | ____:____ | horas |

2. Garantizo una oportunidad para la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de 5 días.

3. Garantizo una disponibilidad mínima de 06 horas semanales para cirugía, que podrán ser agendadas de la siguiente manera:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Lunes | _____ | en el turno quirúrgico AM | _____ | o PM | _____ |
| Martes | _____ | en el turno quirúrgico AM | _____ | o PM | _____ |
| Miércoles | _____ | en el turno quirúrgico AM | 8:00 | o PM | 12:00 |
| Jueves | _____ | en el turno quirúrgico AM | _____ | o PM | _____ |
| Viernes | _____ | en el turno quirúrgico AM | _____ | o PM | _____ |
| Sábado | _____ | en el turno quirúrgico AM | _____ | o PM | _____ |
| Domingo | _____ | en el turno quirúrgico AM | _____ | o PM | _____ |

4. Oferto disponibilidad vía telefónica, cuando el servicio lo amerite y no esté presente en la institución; y presencialidad cuando me encuentre en consulta o cirugía.

5. Para el grupo de la especialidad de Periodoncia se nombrará un líder médico que se encargará de presentar a la Unidad Prestadora en Salud Antioquia el cuadro de disponibilidad a llamado durante todos los días de la vigencia del contrato que no se cuente de manera presencial con el profesional dentro de las instalaciones de la clínica. (El no ofrecimiento de los horarios en fines de semana es causal de rechazo de la oferta.)

6. Cuando por fuerza mayor se cancele la jornada de consulta o cirugía esta será reprogramada dentro de los 15 días siguientes sin afectar las horas mínimas semanales.

Adjunto los siguientes documentos:

- Fotocopia del acta de grado que certifica mi formación como profesional y especialista.
- Inscripción para ejercer mi profesión, ante la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.
- Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la entidad que regula mi profesión, no superior a 30 dias.
- Constancia de habilitación (en caso de prestar los servicios por fuera de las instalaciones de los Establecimientos de Sanidad Policial).

Adicionalmente me comprometo a:

1. Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), de acuerdo a las necesidades requeridas por la Clínica, a todos los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, que acrediten debidamente su derecho.

2. Participar en el cumplimiento del decreto 4747 del 7 de diciembre del 2007 en lo que refiere a las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de la población especial:

   a. Registro del sistema de codificación única de procedimientos en salud CUPS.
   b. Registro individual de prestaciones en salud RIPS, con los respectivos soportes de cada uno de ellos en la historia clínica.
   c. Colaboración activa con el ente administrativo en lo que refiere a los conceptos generados para solucionar tramites de glosas por parte de otras entidades a Policía Nacional.

3. Dar cumplimiento a la normatividad establecida en el Decreto 1995 del 8 de julio de 1999 por el cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica, utilizando como medio de registro el Software en salud SISAP en todos los servicios donde se atiendan pacientes si existe el sistema disponible, en caso de que no exista el sistema o esté inhabilitado se debe registrar en la historia clínica manual todo acto médico que realice como especialista.

4. Cumplir con la normatividad vigente en lo que respecta al diligenciamiento de los formatos de notificación obligatoria, certificados de nacimiento y defunción, teniendo en cuenta la calidad y oportunidad en el registro.

5. Cumplir con la normatividad de los comités COVE e INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, SEGURIDAD en lo que respecta al diligenciamiento oportuno de los formatos de notificación de infecciones intra hospitalarias, sintomáticos respiratorios, eventos adversos y todos los demás generados por dichos comités.

6. Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de acuerdo al manual vigente emitido por la Dirección de Sanidad, ajustándose al nivel de uso, formulación por unidad, presentación y especialidades habilitadas.

7. Participar en la elaboración de las guías de manejo de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia según las 10 primeras causas de morbimortalidad apoyándose en la Guías de la DISAN.

8. Facturar los servicios prestados de acuerdo con lo convenido en el contrato ya sea bajo la modalidad de evento o paquete o por hora laborada y entregar la respectiva cuenta de cobro con el cronograma del mes dentro de los 10(diez) primeros días de cada mes.

9. Reportar mensualmente el estado o porcentaje de la ejecución del contrato al Supervisor del mismo. Cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 60% se notificará al Supervisor con el fin de iniciar los trámites administrativos, para evitar interrumpir la prestación del servicio. El reporte se enviará en el siguiente formato:

| | |
|---|---|
| **Contratista** | Nombre o Razón Social |
| **Nro. 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 actividades que ya se han realizado a la fecha del corte. |
| **Saldo** | Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado) |

10. Permitir al Auditor Médico de La Unidad Prestadora de Salud Antioquia, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud, asimismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley.

11. Participar de manera activa y con el compromiso que la Institución requiere para el montaje de los procesos de habilitación, lo cual demanda capacidad de colaboración y trabajo en equipo, se exigirá el cumplimiento de manera oportuna de acuerdo a los tiempos establecidos para la entrega de las tareas asignadas por la oficina a cargo de este proceso, en lo referente a la estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención promoción y prevención, consulta externa, servicios de cirugía, urgencias y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

12. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (Acuerdo 002 de 2001 CSSMP y subsiguientes), observando las normas propias de su profesión, actividad u oficio.

13. Cumplir estrictamente el instructivo 073 en lo referente a la malla de pertinencia y el manual de referencia y contrarreferencia.

14. Conocer y cumplir el normograma establecido por la Dirección de Sanidad, el cual puede ser consultado en la Oficina Jurídica y la Oficina de Planeación de La Unidad Prestadora de Salud Antioquia

15. Cumplir con la reserva de las patologías diagnosticadas en los pacientes atendidos en La Unidad Prestadora de Salud Antioquia, referente al secreto profesional y derecho a la intimidad conforme al artículo 34 de la ley 23 de 1981.

16. Acoger las observaciones propias de la especialidad, con respecto a las tarifas.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPONENTE**
**C.C** 4003747 **Expedida en** Tunja

**ANEXO No.7**
**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**
**PERSONA NATURAL**

Envigado, Antioquia 19 de Mar20 2021.

Señores
**POLICÍA NACIONAL**
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA**
Carrera 43a 48 c sur – 45
Envigado - Antioquia

Ref.: Proceso por la modalidad de contratación Directa- definida en el Articulo 2 Numeral 4. Literal h de la Ley 1150 de 2007 en concordancia con el título 1, Capitulo 2, Sección 1, Subsección 4, Articulo 2.2.1.2.1.4.9, del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 que a la letra dice "*Contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales.* Las Entidades Estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la Entidad Estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad Estatal, así como los relacionados con actividades operativas, logísticas, o asistenciales. (...)" No. PN UPRES DEANT CO 170-21, que tiene por objeto Prestación de – POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

Yo Nohora Ma. Blanco L., Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 40037471 expedida en Tunja 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 "Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública" 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 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA) . 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 el numeral 4 del artículo 38 de la ley 734 de 2002.

Atentamente,

Nohora Ma. Blanco
**NOMBRE DEL CONTRATISTA:**
**C.C:** 40037471 **EXPEDIDA EN:** Tunja
**DIRECCIÓN:** Cra 43 A # 14-109 (501)
**TELEFONO:** 4077997.
**EMAIL:** norhomario@perinova.com.co

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**ANEXO No.8**
**CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES**
**PERSONA NATURAL**

Envigado, Antioquia 19 de Marzo de 2021.

Señores
**POLICÍA NACIONAL**
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA**
Carrera 43a 48 c sur – 45
Envigado - Antioquia

**Ref.:** Proceso por la modalidad de contratación Directa- definida en el Articulo 2 Numeral 4. Literal h de la Ley 1150 de 2007 en concordancia con el título 1, Capitulo 2, Sección 1, Subsección 4, Articulo 2.2.1.2.1.4.9, del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 que a la letra dice "***Contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales.*** Las Entidades Estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la Entidad Estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad Estatal, así como los relacionados con actividades operativas, logísticas, o asistenciales. №. IN UPEC-DEANTIO-170-21, que tiene por objeto el "PERIODONCISTA" PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA.

Yo Nohora Blanco, Identificado con la Cedula de Ciudadanía № 40.037471 expedida en Tunja 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. 94170523 que se efectuó por medio de la entidad A en línea en caso de ser adjudicatario con la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA, me obligo hacer los aportes de Ley a dichos Sistemas durante la vigencia del contrato cuyo Objeto es: Periodoncista. Lo anterior en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 DE 2002 (Diciembre 27) Reglamentada Parcialmente por el Decreto Nacional 975 de 2004 , Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 973 de 2005, Reglamentada Parcialmente por el Decreto Nacional 2581 de 2007, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 2190 de 2009 , Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1160 de 2010 "Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo."

Atentamente,

Nohora Blanco
**NOMBRE DEL CONTRATISTA:**
**C.C:** 40037471 **EXPEDIDA EN:** Tunja
**DIRECCIÓN:** Cra 43A # 14-109 (501)
**TELEFONO:** 4077992
**EMAIL:** norhamaria@perinova.com.co

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**ANEXO No.9**
**COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.**

El suscrito a saber: Nohora Ma Blanco., identificado con la C.C. No. 40037471 de Tunja., quien obra en calidad de Periodonasta., que en adelante se denominará **CONTRATISTA,** manifiesta su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, dentro del contrato por la modalidad de contratación Directa- definida en el Articulo 2 Numeral 4. Literal h de la Ley 1150 de 2007 en concordancia con el título 1, Capitulo 2, Sección 1, Subsección 4, Articulo 2.2.1.2.1.4.9, del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 que a la letra dice "***Contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales.*** Las Entidades Estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la Entidad Estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad Estatal, así como los relacionados con actividades operativas, logísticas, o asistenciales.

La Entidad Estatal, para la contratación de trabajos artísticos que solamente puedan encomendarse a determinadas personas naturales, debe justificar esta situación en los estudios y documentos previos.", teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

**PRIMERO:** Que el **POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA** adelanta un proceso de Contratación Directa -Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la Gestión para la celebración de un contrato estatal.

**SEGUNDO:** Que es interés de **EL CONTRATISTA** apoyar la acción del Estado colombiano, y de la **POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

**TERCERO:** Que siendo del interés de **EL CONTRATISTA** participar en el proceso de Contratación Directa -Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la Gestión 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 CONTRATISTA,** mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

**1. EL CONTRATISTA** 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.

**2. EL CONTRATISTA** 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.

**3.EL CONTRATISTA** 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 **Contratación Directa -Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la Gestión** 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 del **POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA,** ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la aceptación del presente contrato, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del **POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA** durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

**4. EL CONTRATISTA** 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 de Contratación Directa -Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la Gestión

**5. EL CONTRATISTA** 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 _____ donde se firma el presente documento a los DIA/MES/ AÑO 19/03/2021.

Atentamente,

Norhora Blanco

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:**
**C.C** 40037~~4~~ **EXPEDIDA EN** Tonio.
**DIRECCIÓN:** Cra 43 A # 14 - 109 (501)
**TELEFONO:** 4077997.
**EMAIL:** norhomano@perinovo.com.co

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

**RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.**

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

**ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT- MA-0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Envigado, a los 19 (_) días del mes de Marzo del año 20 21.

**EL CONTRATISTA O TERCERO**

Firma:
Post-Firma:
Identificación 40.037.471
Empresa:
Cargo: Periodonusta

| Página: 1 de 1 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR- 0046 | | |
| Fecha: 25-01-2021 | FORMATO REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS | POLICÍA NACIONAL |
| Versión: 1 | | |

**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA**

**Fecha:** 05/02/2021.

**Lugar:** ENVIGADO- ANTIOQUIA.

**No. Consecutivo revisión:** _____. **Nro. SISCO:** 394384.

| **OBJETO:** CONTRATACION ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | **VALOR:** $ 15.272.724 |
|---|---|

**MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** ____CONTRATACION DIRECTA PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALE Y APOYO DE LA GESTION

**FUNCIONARIO - UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO:** SM184 MAUREN PATRICIA BULA OJEDA

**OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:**

- Formato G-11 sin diligenciar
- plan de compras
- ~~constancia persona asistencial~~ NO constancia idoneidad y exp.
- ~~constancia planta digan~~
- ~~Adecuación valoma~~
- faltan documentos propuesta 16 MARZO.

- Verificar precios con estudio de mercado.
- Corregir Estudio de mercado 22.02.
- Por. 49 ver. corregir Estudio de mercado
- Si hay 4 cotizac. todas se incluyen,
- hacer firmar las cotizac.
- en el est de mercado hay 7 item y en el eco hay 8. 9' Paso? 25.02.21.

**FUNCIONARIO QUE PARTICIPA EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO**

| CARGO | GRADO | NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
|---|---|---|---|
| RESPONSABLE PROCESO (UNIDAD DUEÑA NECESIDAD) | SM184 | MAUREN BULA OJEDA | Mauren Bula |
| ANALISTA DE CONTRATOS (QUIEN REVISA) | CPS | Anny Palacios | |
| JEFE ÁREA O GRUPO CONTRATACIÓN (UNIDAD) | | | |
| JEFE GRUPO PRECONTRACTUAL (UNIDAD) | | N/A | |
| ASESOR JURÍDICO UNIDAD (QUIEN APRUEBA EL ESTUDIO PREVIO) | CPS | Rubén Hincapié | |

**PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO**

| FECHA: | | VALOR: | $ |
|---|---|---|---|
| **GR.** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **FIRMA** |
| SI | Yuri Moreno | Pleno | |

| REVISONES ADICIONALES AL ESTUDIO PREVIO | | | |
|---|---|---|---|
| **CARGO** | **GRADO** | **NOMBRES Y APELLIDOS LEGIBLES** | **FIRMA** |
| REVISIÓN ECONOMICA | CPS. | Elizabeth | |
| REVISIÓN SG-SST | IT | Johan Andrés Ruiz | |
| (SI APLICA )AMBIENTAL | CPS | Hernán Darío González B. | |

Envigado, 10 de Marzo de 2021

Mayor
**LEONARDO ESPINAL GRANADA**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Envigado.

Respetado Mayor

Con el presente me permito ofrecer a la Dirección de sanidad. Unidad Prestadora de Salud Antioquia, mis servicios como ODONTOLOGA PERIODONCISTA.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad prevista en la constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado con el boletín de Responsable Fiscales de la Contraloría General de la Nación, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de Ley 610 de 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado a la dirección: Carrera 43 A Nro. 14/109 Oficina 501. Teléfono: 4077997

Cordialmente,

**NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON**
CC: 40.037.471 TUNJA

Envigado, enero 18 de 2021

**Mayor**
**Médico Psiquiatra**
**Leonardo Espinal Granada**
**Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia**
C.C
**Doctora**
**Mauren Bula**
**Coordinadora Departamento de Odontología**
**Clínica de la Policía**

ASUNTO: ofrecimiento de tarifas
Cordial Saludo
Para mí ha sido muy grato pertenecer todos estos años a tan prestigiosa entidad, Y prestar mis servicios como Odontóloga Periodoncista, ya que he recibido de cada uno de los pacientes gran afecto y compromiso, así como el apoyo de cada uno de los integrantes de la parte administrativa. El motivo de mi carta es saludarlo a usted, y de manera muy cordial enviarle mí oferta de tarifas para seguir prestando mis servicios este año, de antemano le agradezco su atención y su valiosa colaboración.

| CODIGO | PROCEDIMIENTO | VALOR ACTUAL | VALOR PROPUESTO |
|---|---|---|---|
| 890704 | CONSULTA CON ESPECIALISTA | 19.320 | 25.116 |
| 997300 | DETARTAJE CUADRANTE | 17.566 | 22.835 |
| 240300 | ALISADO CAMPO CERRADO SEXTANTE | 50.241 | 65.313 |
| 243400 | GINGIVECTOMIA POR DIENTE | 13.507 | 17.559 |
| 2421112 | PLASTIA MUCOGINGIVAL POR DIENTE | 56.361 | 73.269 |
| 242202 | CIRUGIA A COLGAJO | 73.053 | 94.968 |
| 245100 | REGULARIZACION DE REBORDE | 41.275 | 53.657 |
| S55115 | ATENCION AL PACIENTE | 9.315 | 12.109 |
| 990212 | EDUCACION EN HIGIENE ORAL | 3.149 | 3.779 |

**Cordialmente:**
**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Universidad El Bosque**
**Odontóloga Periodoncista**

Escaneado con CamScanner

Medellín, Enero de 2021

Doctora.
Mauren Bula
Coordinadora odontológica
Clínica de la policía

Las siguientes son las tarifas establecidas de mi consultorio particular en la especialidad de periodoncia:

| PROCEDIMIENTO | VALOR DEL PROCEDIMIENTO |
|---|---|
| CONSULTA CON ESPECIALISTA | $ 100.000 |
| DETARTAJE CUADRANTE | $ 90.000 |
| ALISADO CAMPO CERRADO SEXTANTE | $ 210.000 |
| GINGIVECTOMIA POR DIENTE | $ 100.000 |
| PLASTIA MUCOGINGIVAL POR DIENTE | $ 400.000 |
| CIRUGIA A COLGAJO | $ 500.000 |
| REGULARIZACION DE REBORDE | $600.000 |
| EDUCACION EN HIGIENE ORAL | $10.000 |

**Atentamente:**

PATRICIA JARAMILLO.

**Patricia E. Jaramillo G.**
**Odontóloga Especialista en Periodoncia**
**Universidad de Antioquia**
**Torre Médica el Tesoro.**
**Consultorio 1236**
**Teléfonos 4181892- 3053050886**

Escaneado con CamScanner

Medellín, enero de 2021

Doctora:
Mauren Bula
Coordinadora clínica de la Policía

Por medio de la presente, le expongo las tarifas relacionadas con la especialidad de Periodoncia que se implementan en la clínica Unidad Robótica Dental 3D.

| PROCEDIMIENTO | VALOR DEL PROCEDIMIENTO |
|---|---|
| Consulta con especialista | $ 40.000 |
| Detartraje por cuadrante | $120.000 |
| Alisado campo cerrado por sextante | $200.000 |
| Gingivectomía por diente | $80.000 |
| Plastia Mucogingival por diente | $380.000 |
| Cirugía a colgajo | $390.000 |
| Regularización de reborde | $450.000 |
| Educación en higiene oral | $9.000 |

Aclaramos que en caso de necesitar materiales de regeneración ósea y/o para cubrimientos radiculares, los valores de estos materiales se presupuestan aparte.

Catalina López
Directora Clínica
Unidad Robótica Dental Odontológica 3D

Escaneado con CamScanner

CamScanner 03-01-2021 13.38.pdf Descargar Imprimir Guardar en OneDrive

Envigado Enero de 2021

Doctora:
Mauren Bula
Coordinadora Clínica de la Policía

Por medio de la presente, le expongo las tarifas que manejo en mi consulta particular.

| PROCEDIMIENTO | VALOR DEL PROCEDIMIENTO |
|---|---|
| CONSULTA CON ESPECIALISTA | $ 90.000 |
| DETARTAJE CUADRANTE | $ 95.000 |
| ALISADO CAMPO CERRADO SEXTANTE | $ 220.000 |
| GINGIVECTOMIA POR DIENTE | $ 90.000 |
| PLASTIA MUCOGINGIVAL POR DIENTE | $ 380.000 |
| CIRUGIA A COLGAJO | $ 500.000 |
| REGULARIZACION DE REBORDE | $450.000 |
| EDUCACION EN HIGIENE ORAL | $9.000 |

Ninguno de los procedimientos quirúrgicos mucogingivales lleva materiales adjuntos.

Carolina Tejada O.

Carolina Tejada Ortiz
Odontóloga UdeA
Periodoncista CES
Torre El crucero 3 Aguacatala
321 5884989

Escaneado con CamScanner

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**Nº S-2021~** 003313 **/ESPCO - GASIS – 29.25**

Envigado, 04 de febrero del 2021

Capitán
JORGE ELIECER CHUÑA RIVERA
Jefe Administrativo y Financiero
Carrera 43ª No.48C Sur 45
Envigado

Asunto: Solicitud

La suscrita responsable del Servicio de Odontología de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia SM184 Mauren Bula , manifiesto con la suscripción de esta CERTIFICACIÓN que la Periodoncista de nombre Nohora María Blanco Leguizamón identificado con cedula de ciudadanía No 1020409126 cumple con la experiencia requerida para desempeñarse como Periodoncista, además se puede evidenciar que cuenta con la idoneidad necesaria para el desempeño en las diferentes actividades relacionadas con el proceso de Prestación de Servicios de salud a los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud en el área de Odontología.

Además, el mencionado profesional prestó sus servicios en Periodoncista, demostrando sus habilidades, competencias y responsabilidad, cumpliendo a satisfacción con las obligaciones y el objeto del contrato Nro. **102-7-20008-20**

Por tal motivo me permito informar al Mayor, que se recomienda a la contratista para ser tenida en cuenta en un futuro proceso.

Atentamente,

**SM184 MAUREN BULA OJEDA**
Líder Servicio de Odontología

Elaborado por SM184 MAUREN BULA OJEDA
Revisado por: SM184 MAUREN BULA OJEDA
Fecha de elaboración: 04/02/2021
Ubicación: \mis documentos\oficio 07

"Humanismo y Calidad, Camino a la Excelencia en la Sanidad Policial"

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396777
Deant.escop-odo@policia.gov.co
www.policia.gov.co



Medellín, Marzo 19 de 2021

**Señores**
**Policía Nacional**
**Unidad Prestadora de Salud de Antioquia**
Carrera 43 a No. 48 C Sur 45
Envigado Antioquia

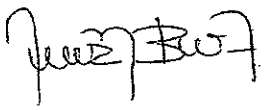
Referencia: Ofrecimiento de Servicios

De manera atenta me permito manifestar mi Interés en participar en el proceso, cuyo objeto es Prestación de servicios de salud de Odontología especializada (Periodoncia ) para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional – Seccional Sanidad Antioquia.

Por lo anterior me permito enviar los siguientes datos para cualquier notificación:

Dirección: Carrera 43 A nro. 14-109 consultrio 501
Telefono y Celular: 4077997
Correo Electronico: norhamaria@perinova.com.co

Atentamente,



**NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON**
**C:C 40.037.471 Tunja**

Medellín, Marzo 19 de 2021

**Señores**
**Unidad Prestadora de Salud de Antioquia**
**Carrera 43 a No. 48 C Sur 45**
**Envigado Antioquia**

Cordial saludo

Por medio de la presente, informo que los siguientes documentos no se adjuntan porque están en la carpeta principal de la oficina de contratos de la seccional de sanidad de Antioquia sede Envigado. Y reposan en el primer contrato No. 65 7 20123 10.

Fotocopia de Diploma de Odontóloga General
Fotocopia del Diploma de Especialista en periodoncia
Acta de Grado de Odontóloga General
Acta de Grado de Especialista en Periodoncia
Carta de Vigilancia y Control de Inscripción ante la seccional de salud
Certificado de Habilitación del consultorio
Certificado de cuenta de ahorro Bancolombia

**Cordialmente**

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga Especialista en Periodoncia y Medina Oral.**
**Universidad El Bosque.**

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( C DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| BLANCO | LEGUIZAMÓN | NOHORA MARÍA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40037471 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAIS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 02 MES 09 AÑO 1974

PAÍS: ~~COLOMBIA~~

DEPTO: ~~BOYACA~~

MUNICIPIO: TUNJA

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: ~~Carrera 43 a 14-109 oficina 501~~

PAÍS: ~~COLOMBIA~~ DEPTO: ~~ANTIOQUIA~~

MUNICIPIO: MEDELLIN

TELÉFONO: 3521175 EMAIL: norhamaria@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BASICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACION BASICA | | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | TITULO OBTENIDO: Bachiller académico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | | | | | | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | X | 6o. | 7o | 8o. | 9o | 10 | 11 X MES 12 AÑO 1990 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO. EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

**TC** (TECNICA), **TL** (TECNOLOGICA), **TE** (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACION), **MG** (MAESTRIA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | ODONTOLOGO GENERAL | 06 | 1996 | 150158-98 |
| ~~ES~~ | 5 | X | | Periodoncia y Medicina Oral | 02 | 2002 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB).

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGLES | X | | | | X | | | X | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995 489 y 443 de 1998)

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Perinova Implantes Dentales & Estética Gingival | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Medellín | info@perinova.com.co |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3521175 | DÍA 02 MES 02 AÑO 2002 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| Odontólogo Periodoncista | | Carrera 43 a 14-109 of 501 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Clinica oral center | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Medellin | servicioalclienteoralcenter.com.co |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2302728 | DÍA 02 MES 02 AÑO 2002 | DÍA 13 MES 08 AÑO 2013 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Odontólogo Periodoncista | | Ccial Los Sauces local 201 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Colmédica | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Medellín | |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2667619 | DÍA 02 MES 02 AÑO 2013 | DÍA 10 MES 03 AÑO 2014 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Odontólogo Periodoncista | Odontología | Carrera 43 a 14-40 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Odontología de Marlon Becerra | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Medellín | |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2349697 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2015 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Odontólogo Periodoncista | Odontología | Carrera 80 #49-107 |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 16 | 1 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 17 | 1 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 17 | 1 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 17 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

ANEXO No 1
INFORMACIÓN A TERCEROS

1. TIPO DE BENEFICIARIO
(MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN CORRECTA)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1 Contraloría / Unidad Territorial | | 1.11 Persona Natural Extranjera | |
| 1.2 Departamento | | 1.12 Persona Natural Nacional | X |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | | 1.13 Persona Jurídica Nacional (sector Privado) | |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera | | 1.14 Persona Jurídica Pública Administradora Cartera Nacional | |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional | | 1.15 Persona Jurídica Extranjera (sector Privado) | |
| 1.6 Gobierno Extranjero | | 1.16 Régimen de NIT Especial | |
| 1.7 Municipio | | 1.17 Penitenciaria | |
| 1.8 Otra Pública Departamental | | 1.18 Juventud de Economía Mixta | |
| 1.9 Otra Pública Municipal | | 1.19 Universidad Pública | |
| 1.10 Otra Beneficiario | | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado | |

2. TIPO DE DOCUMENTO
(ADJUNTE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | X | 2.4 Otro Tipo de Documento | |
| 2.2 Cédula de Extranjería | | 2.5 Pasaporte | |
| 2.3 Registro Civil / Tarjeta | | 2.6 Tarjeta de Identidad | |

N. NÚMERO DEL DOCUMENTO: 4 3 6 2 7 3 1 - -

3. TIPO RETENCIÓN
(DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1 Nuevo Responsable (por Constitución) | | 3.5 Cambio de Nit, Otro Departamento o Municipio | |
| 3.2 Entidad Existente sin Registro de Uso | | 3.6 Régimen Común | |
| 3.3 Otra Contribuyente Autorizado | | 3.7 Régimen Simplificado | X |
| 3.4 Otra Contribuyente no Autorizado | | | |

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON

5. PAÍS: COLOMBIA 6. DPTO: ANTIOQUIA 7. MPIO: MEDELLIN

8. TELÉFONO: 3521175 9. FAX: 3521175

10. DIRECCIÓN: CRA 43 A NRO 14 109 (501) 11. E-MAIL: nohoramaria@hotmail.com

12. INFORMACIÓN DE LA CUENTA
(INDICAR DONDE CONSIGNAR)

12.1 ENTIDAD FINANCIERA: Bancolombia 12.2 CIUDAD: Envigado

12.3 NÚMERO DE LA CUENTA: 10052523390 12.4 AHORROS: X 12.5 CORRIENTE:

BAJO FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE FECHA: 19 de marzo de 2021

Nohora Maria Blanco Leguizamon
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

**Departamento Administrativo de la Función Pública**

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

I. DE BIENES Y RENTAS

YO NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMÓN

IDENTIFICADO(A) CON C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. ~~40037471~~ CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

DIRECCIÓN CARRERA 26 D 36 A SUR 30 CASA 125 TELÉFONO 3363148

MUNICIPIO ENVIGADO DEPARTAMENTO ANTIOQUIA PAÍS ~~COLOMBIA~~

Y TRABAJO CON PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| ARDON BLANCO VALBUENA | ~~1051850~~ | PADRE |
| ~~CARMEN LEONORO LEGUIZAMÓN~~ | ~~23259810~~ | ~~MADRE~~ |
| JUAN ANDRES ESLAVA BLANCO | 1034988090 | HIJO |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO BAJO CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122 INCISO 3o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 1o. Y 2o. DE LA LEY 190 DE 1995 **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACIÓN** [X] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | |
| GANANCIAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | |
| ARRENDOS | |
| HONORARIOS | 6000000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| TOTAL | 6000000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que tengo en Colombia o en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | AHORROS | 10052573360 | ENVIGADO | 2000000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| CASA | Carrera 26d 36 a sur 30 casa 125 | 550.000.000 |
| ~~CONSULTORIO~~ | ~~Carrera 43 a 14 109 oficina 501~~ | ~~200.000.000~~ |
| FINCA | ALTOS DE LA MOLINA GUARNE | 300.000.000 |

FORMATO ÚNICO

# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

## PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

### INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

**COBERTURA:** Este Formulario o Única de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado con todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Asimismo, debe ser diligenciado como actualización con todo servidor público dentro del último día del mes de marzo de cada año, que anteriormente estuvo con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 736 de 1996.

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

Diligencie este formato en letra molde y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y ordenada de la información, anexe los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que corresponda como anexo.

**DEFINICIONES:**

**Acreencias y obligaciones vigentes:** Hace referencia a la totalidad de derechos que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

**Actividades económicas de carácter privado:** Son todas aquellas actividades que el servidor público haya ejercido formalmente o informalmente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

**Bienes patrimoniales:** Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos pueden incluir tanto bienes muebles como inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial o el actualizado de su utilización en los métodos de declaración y de ajustes permitidos por las normas contables del país.

**Calidad de miembro:** Hace referencia a la participación o pertenencia que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

**Carácter de la entidad:** Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

**Ciudad y fecha:** Corresponde a la fecha de cuentas establecida en el Decreto 2150 de 1995.

**Declaración juramentada:** Se considera como tal aquella juramentada al presentarse en este formulario, debidamente diligenciado y firmado, ante la entidad encargada. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 queda abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notaría Pública.

**Ingresos y rentas del último año gravable:** Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior a la fecha de presentación de esta declaración.

**Participación en juntas, consejos y sociedades:** Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado o accionista de cualquier tipo de corporación, conforme a la normatividad legalmente establecida.

**Primer grado de consanguinidad:** Se refiere exclusivamente a padres e hijos del servidor público.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:**

**1. Declaración juramentada**

**1.1 Bienes y rentas.**

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los bienes de forma ordenada, especificando los muebles y inmuebles, el documento de identidad y su correspondiente.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en Colombia y en el exterior, de forma detallada e identificando el banco o entidad financiera.
- Relacione todos los bienes que posee, según sea rural, apartamento, carro, etc., indicando las correspondientes transacciones de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posea actualmente, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

**1.2 Participación en juntas y sociedades:**

- Relacione las juntas directivas y los consejos a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o accionista.
- Marque con una X si esta información pertenece a su sociedad conyugal o de hecho y genere información del nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

**2. Información sobre Actividades Económicas Privadas:**

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generen ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando de las características de dichas actividades y la forma en que se benefician de ellas.

**3. Firma del Servidor Público:**

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos aquí consignados en el presente formulario son verídicos.

12. DE BIENES Y RENTA (CONTINUACIÓN)

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

13. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

SI [X] NO [ ]

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | Nº |
|---|---|---|
| GERMAN ANDRES ESLAVA VANEGAS | C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] | 71787951 |

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| Honorarios profesionales obtenidos de mi actividad laboral como periodoncista | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Medellín, 19 de marzo de 2021

CIUDAD Y FECHA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-1974**

**TUNJA**
**(BOYACA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**26-FEB-1993 TUNJA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500102-42082055-F-0040037471-20000811 **04851** 00223A 02 089848231

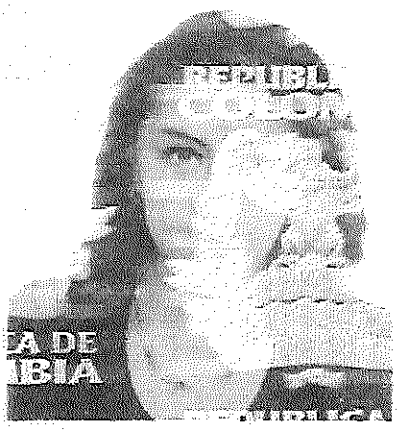
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40037471**

**BLANCO LEGUIZAMON**
APELLIDOS

**NOHORA MARIA**
NOMBRES

FIRMA



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 17 de marzo de 2021, a las 14:51:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 40037471 |
| Código de Verificación | 40037471210317145150 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 163180602

WEB
14:56:51


Bogotá DC, 17 de marzo del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40037471:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

AUTORIZACION.

Yo, [illegible] identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente escrito, autorizo a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia para que en cumplimiento a lo establecido en el Decreto número 753 de 2019, "Por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018 'por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" consulte en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL, si me encuentro inhabilitado por haber sido condenado por delitos sexuales contra menores.

Lo anterior en cumplimiento al parágrafo 2 del artículo 2 del citado decreto que indica:

*ARTICULO 2. **Entidades públicas y privadas obligadas a consultar el certificado de inhabilidades por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes.** El ICBF, en el marco de sus competencias constitucionales y legales y de acuerdo con la definición efectuada en el artículo anterior, sobre los cargos, oficios o profesiones que involucran una relación directa y habitual con niños, niñas y adolescentes, autoriza a las entidades públicas y privadas a consultar en línea el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra los mismos, en los procesos de selección de su personal, en aquellos empleos que se desarrollen en los ámbitos educativos, recreacionales, de cuidado, protección, asistencia, salud, nutrición, bienestar, cultura, religioso, seguridad, entre otros, en cuyo ejercicio impliquen un trato directo y habitual con menores de edad.*

***Parágrafo 2.** Será responsabilidad de las entidades públicas y privadas obligadas a consultar el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, obtener la autorización previa, expresa y escrita del aspirante al cargo, u oficio, la cual deberá reposar dentro de la documentación correspondiente al proceso de selección dirigido a su vinculación laboral, contractual o reglamentaria, según el caso.*

[illegible]

C.C [illegible]

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3398725
www.policia.gov.co

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 14:59:09 horas del 17/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **40037471**
Apellidos y Nombres: **BLANCO LEGUIZAMON NOHORA MARIA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

Cédula de Ciudadanía | 40037471 | Nohora

Primer Apellido *

Blanco

Confirme los números de la Imagen *

8243

Cambiar

3999

Limpiar

**Resultado General -2021-03-17--3:37:45 PM**

| Tipo Identificación | No Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 40037471 | NOHORA | MARIA | BLANCO | LEGUIZAMONV |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bas Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON i siguiente información:**

**2021-03-17--3:37:45 PM**

**Información Académica**

| Nivel Programa | Origen Del Título | Profesión / Ocupación | Fecha Inicio Vigencia Título Homologado |
|---|---|---|---|
| UNV | Local | ODONTOLOGIA | 1998-02-09 |
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL | 2002-02-14 |

**Datos SSO**

| Tipo Presto | Tipo Origen Presto | Lugar Presto | Fecha Inicio Vigencia | Fecha Fin Vigencia | Modalidad Prestación |
|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|BOYACÁ\|JENESANO | 1996-10-22 | 1997-11-08 | Prestación de Servici Profesionales de Salud e Habilitada |

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por e talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, pr cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio e este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profe Talento Humano en Salud (ReTHUS).

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

**Horario de atención:**

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD

Notificaciones judiciales

Términos y condiciones de uso

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**

**DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989**

No. CERTIFICADO: TNEO2021-1289



LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 40037471, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día jueves, 18 de marzo de 2021 a las 06:43

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

**EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS**
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx o escanee el código QR

CLÍNICA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 40037471 | | BLANCO LEGUIZAMON NOHORA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 43 A 14 109 | MEDELLIN-ANTIOQUIA | 3521175 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 70039116 | 9417052033 | I | 2021/03/16 | 2021/03/05 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $458,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 40037471 | BLANCO NOHORA | 25-14 | 30 | $1,481,785 | $237,100 | EPS010 | 30 | $1,481,785 | $185,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,481,785 | $36,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,481,785 | $237,100 | | | $1,481,785 | $185,300 | | | $0 | $0 | | | $1,481,785 | $36,100 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $237,100 | $0 | $0 | $237,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $237,100 | $0 | $0 | $237,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $36,100 | $0 | $0 | $36,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $36,100 | $0 | $0 | $36,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,300 | $0 | $0 | $185,300 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $185,300 | $0 | $0 | $185,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $458,500 | $0 | $0 | $458,500 |

Salud en el trabajo / comfama

| | |
|---|---|
| **Prestador:** | 0500105568 |
| **NIT** | 890900841 |
| **Dirección:** | CALLE 48 # 43 -87 |
| **Telefono:** | 3607080 |
| **Email:** | email@comfama.com |

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MEDELLÍN - 2020/12/04 | Nro Ingreso: | 202012040201152 |
| Paciente: | NOHORA MARIA BLANCO LEGIZAMON | Sede: | CIS SAN IGNACIO |
| CC: | 40037471 | Convenio: | CONTRATO No 1 : PARTICULARES : EVENTO |
| Edad: | 46 años | Cargo: | ODONTOLOGA |
| Género: | Femenino | Fecha Ingreso: | 2020-12-04 13:21:55 |
| Tipo Evaluación: | EXAMEN PERIODICO | Fecha Salida: | 2020-12-04 13:34:26 |
| Origen: | | Destino: | |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

**PARACLINICOS** **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO: | CUMPLE PERFIL PARA EL CARGO. NO PRESENTA CONDICIÓN/CONDICIONES DE VULNERABILIDAD PARA COVID 19 SEGÚN RESOLUCIÓN 666 DE 2020. PUEDE TRABAJAR EN FORMA PRESENCIAL EN SEDE DE LA EMPRESA. |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL. EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR. |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES AL EXÁMEN OSTEOMUSCULAR SEGÚN LAS PRUEBAS GATISO. |

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| Examen Periodico Ocupacional | Realizacion Pruebas Complementarias | Continuar Manejo Medico |
| Pausas Activas | Uso de E.P.I. | |
| Higiene Postural | Remitir a EPS | |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Visual: | Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual. |
| Biologico: | Uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificacion de esquemas de vacunacion |

## Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

BAJA VULNERABILIDAD PARA COVID-19. DEBE CUMPLIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD. DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, REPORTE DE SINTOMAS, USO DE EPP Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLEN EN LA EMPRESA. ESTAS RECOMENDACIONES SON TANTO INTRA COMO EXTRALABORALES.

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de COMFAMA.**

Profesional Ocupacional: CRISTIAN EUGENIO VALENCIA ARISMENDI 0

Registro M.D: 586696

Licencia S.O: 103522

Firma del Paciente: NOHORA MARIA BLANCO LEGIZAMON

Identificacion: CC. - 40037471

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

# Consultar certificados

**Datos del Usuario**

Documento: CC 40037471
Nombre: NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON

## Programas Complementarios

| Tipo de Certificado | Programa | Fecha de Certificación | Estado de Certificación | Estado del Aprendiz | Descarga |
|---|---|---|---|---|---|
| Nota Especial | 2042126 - COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 2019/12/19 00:28:51.0 | Firmado | Certificado | Descargar |
| Certificado | 2042126 - COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 2019/12/19 00:28:51.0 | Firmado | Certificado | Descargar |

1-2 de 2

## Programas de tipo Complementario con nivel de formación Complementaria Virtual anteriores al año 2013

| Programa | Fecha de Certificación | Estado del Aprendiz | Descarga |
|---|---|---|---|
| 12210037- English Discoveries - Básico I | 14/8/2008 | NO APLICA | Descargar |
| 12210038- English Discoveries - Básico II | 1/12/2008 | NO APLICA | Descargar |
| 12210039- English Discoveries - Básico III | 1/12/2008 | NO APLICA | Descargar |

1-3 de 4

**Regresar**

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/03/2021 03:03:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40037471** y Nombre: **NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **20902422** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | Envigado,17 de Febrero de 2021 | | |
| **Hora de inicio:** | 11:30 horas | **Hora finalización** | 12:30 horas |
| **Lugar:** | Odontología | | |

**ACTA N.0004 –ESPCO-GASIS 2.78**

QUE TRATA SOBRE LA VISITA FISICA DE LAS INSTALACIONES DEL CONSULTORIO DE LA PERIODONCISTA NOHORA BLANCO LEQUIZAMON, TOMANDO EN CUENTA EL ÍTEM DE LAS CONDICIONES TECNICAS DEL PROCESO "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN PERIODONCIA POR EVENTO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL".

**ORDEN DEL DÍA**

1. Verificación de asistentes.
2. Lectura del acta anterior.
3. Verificación de los compromisos.
4. Temas a tratar

**DESARROLLO**

1. Verificación de asistentes

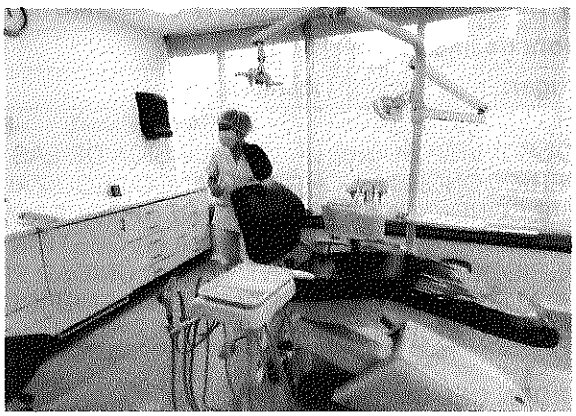
En el día de hoy 18 de Febrero de 2021 me dirijo a las instalaciones del Edificio NOVATEMPO ubicado en la carrera 43ª #14-109 Oficina 501 de la Periodoncista Nohora Blanco Leguizamón donde me entrevisto con la profesional para realizar visita de las instalaciones teniendo en cuenta condiciones técnicas para el proceso de contratación por evento para la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

2. Lectura del acta anterior.
   N/A

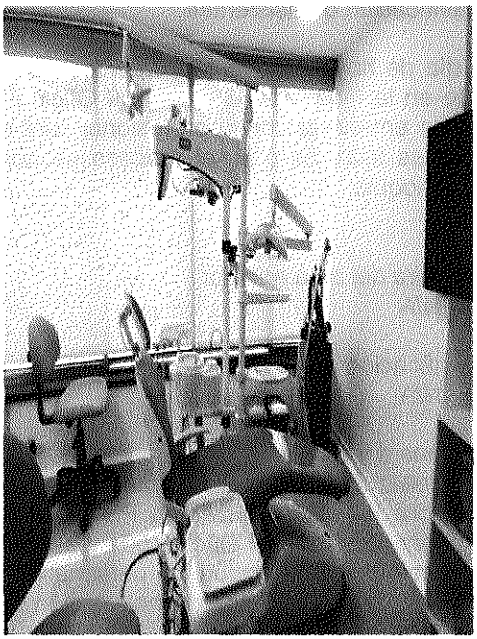
3. Verificación de los compromisos:
   N/A

4. Temas a tratar:
   Se realizo la visita para inspeccionar las instalaciones donde queda el consultorio de la Dra. Nohora Blanco Leguizamón Periodoncista ubicada en Edificio NOVATEMPO ubicado en la carrera 43ª #14-109 Oficina 501 y se pude observar que se encuentra en buenas condiciones y aptas para la atención del personal del subsistema de la Policía Nacional. También Cumple con los requerimientos de habilitación, talento humano y reportes de pagos de la seguridad social.


ERINOX







| ITEM | DESCRICIÒN DEL SERVICIO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | Garantizar la capacidad instalada necesaria para el cabal cumplimiento de los servicios contratados, entendiendo como tal la suficiencia de recursos logísticos, operativos y físicos (estructura física y equipos que cumplan con los requisitos mínimos exigidos; para garantizar una adecuada oportunidad en el servicio (anexar documento). | X | |
| 2 | La institución oferente, deberá estar **HABILITADA** para prestar los servicios de salud que ofrece, ante el Ente Territorial de Salud respectivo, tener implementado Sistema de Garantía de Calidad, Sistema de Información para la calidad, Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad, Programa de Seguridad del Paciente y Sistema de Información Gerencial y Bioestadística, acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social o quien haga sus veces_ | X | |
| 3 | El CONTRATISTA deberá certificar la tenencia de los equipos acordes con el nivel de complejidad, para la realización de los procedimientos, exámenes requeridos para cumplir con el objeto del contrato (anexar certificación) | X | |
| 4 | 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. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y GARCA se reúna y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. (formato) | X | |
| 5 | El CONTRATISTA CUMPLIRA las obligaciones relacionadas con la aplicación de buenas prácticas ambientales | X | |
| 6 | El CONTRATISTA se compromete a dar cumplimiento a las disposiciones del Sistema Obligatorio de. Garantía de Calidad en Salud (anexar certificación). | X | |
| 7 | El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de salud, objeto de este contrato, a los usuarios en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención ambulatoria y/u hospitalaria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, para lo cual Garantizará y dispondrá de un sistema o proceso de atención preferencial a los usuarios de la Policía Nacional, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda (anexar certificación). | X | |
| 8 | El CONTRATISTA se compromete a mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud del nivel de atención ofertado (anexar certificación)_ | X | |
| 9 | Se requiere que la Entidad a contratar cumpla con Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de Protección Social o el ente que haga sus veces, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Carta de compromiso que soporte la suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), portafolio de servicios (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas. | X | |
| 11 | Anexar a la propuesta un oficio donde se evidencie el nombre de la persona que estará en permanente contacto con el Líder de la Oficina de referencia y contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia y/o con el supervisor del contrato y línea telefónica disponible para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el contratista. | X | |
| 12 | Anexar oficio a la propuesta donde se evidencie que el contratista cuenta con el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección, manual de manejo de desechos y el PAMEC, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios | X | |
| 13 | El CONTRATISTA dará Carta de compromiso que soporte la suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), portafolio de servicios (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas.. | X | |
| 14 | El CONTRATISTA deberá poseer el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS de acuerdo a la resolución 1164 del 2002 y decreto 351 del 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades" | X | |
| 15 | El CONTRATISTA deberá posee ruta especial de recolección de residuos peligrosos con una empresa abalada por la autoridad ambiental competente | X | |

**OBSERVACIONES**

- Tener durante toda la ejecución del contrato todas las certificaciones vigentes.

**COMPROMISOS:**

| Actividad | Responsable | Evidencia |
|---|---|---|
| 1. verificar que la unidad ejecutora cumpla con las exigencias del objeto contractual | Evaluadora técnica | Acta |
| 2. Verificación de procedimientos estandarizados de selección del talento humano | Evaluadora técnica | Acta |
| 3. Tomar foto de la visita y realizar el acta respectiva. | Evaluadora técnica | Acta |

**CONVOCATORIA**

Para constancia no siendo otro el motivo de la presente, se cierra en la página cinco (5) el 17-02-2021 y firman quienes en ella intervinieron.

Dra. **NOHORA BLANCO LEQUIZAMON.**
Periodoncista

SM184, **MAUREN BULA OJEDA**
Líder Servicio Odontología

Elaborado por: SM184 Mauren Bula Ojeda
Revisado por: SM184 Mauren Bula Ojeda
Fecha de elaboración:17-02-2021
Ubicación e: Actas 2021

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396777
Deant.escop-odo@policia.gov.co
www.policia.gov.co

# CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| Código y Nombre del Prestador | 0500103966 - Nohora María Blanco Leguizamón |
| Código y Nombre de la Sede | 050010396601-Nohora María Blanco Leguizamón |

Fecha de vigencia del PRESTADOR para los servicios relacionados en este documento(dd/mm/aaaa):06/12/2020.

*Servicios declarados en la Autoevaluación:*

| GRUPO DEL SERVICIO | CÓDIGO SERVICIO | NOMBRE DEL SERVICIO |
|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 343 | PERIODONCIA |
| PROCESOS | 950 | PROCESO ESTERILIZACIÓN |

Fecha de registro de Autoevaluación: 19/11/2019 8:26:27 a. m.

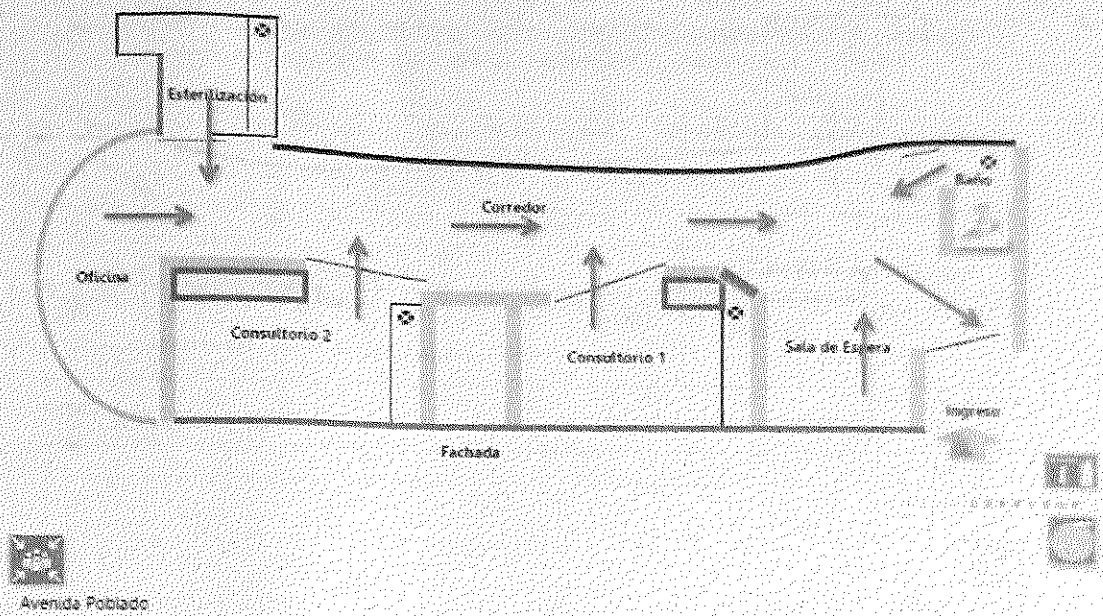
En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - Dirección:Calle 42 B No. 52-106 Piso 8. Of:801 - Telefono(s):3839802 3835043 - Correo Electronico:despachosalud@antioquia.gov.co

Fecha de impresión: martes 19 de noviembre de 2019 (8:35 a. m.).

Versión 2.0.

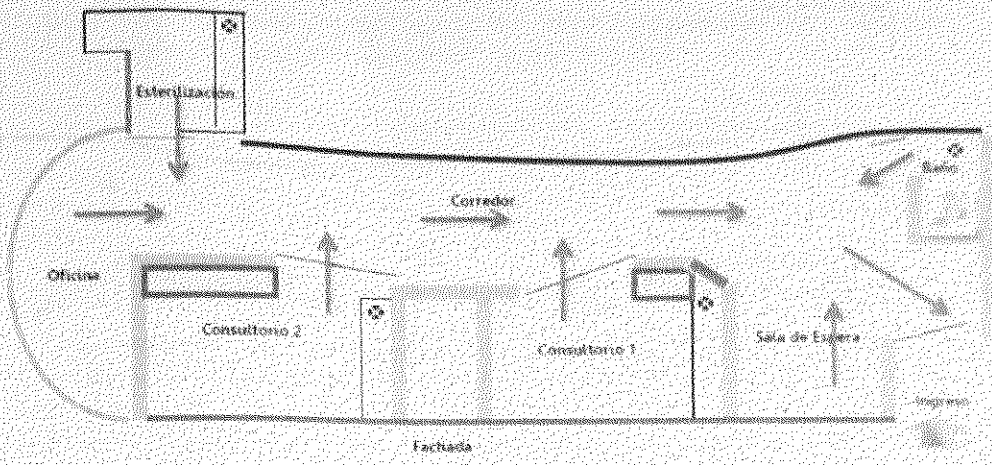
# ANEXO 4. RUTA EVACUACIÓN

*Ruta de Evacuación*
*Año 2017*



# ANEXO 4. RUTA EVACUACIÓN

*Ruta de Evacuación*




Avenida Poblado

*Dr. Andrés Eslava Vanegas* *Edificio Nova Tempo Consultorio No 501*

| Biológicos y Contaminados S.A.S. E.S.P. ¡SOMOS PROTECCIÓN! | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS Y SIMILARES (GAG-CAF) | | |
|---|---|---|---|
| | CODIGO F8-GC-02 | | |
| Versión | 01 | Vigente desde | 5 de Marzo del 2013 |

**FAVOR DILIGENCIAR EN COMPUTADOR O EN LETRA LEGIBLE**

INGRESO NUEVO_____ ACTUALIZACION_X__ No Contrato_____ Fecha Diligenciamiento día/mes/año

## 1. OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO:** El objeto del presente contrato consiste en la prestación por parte del CONTRATISTA del servicio periódico de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos generados por el CONTRATANTE, quien a su vez pagará la contraprestación en los términos consagrados a continuación. Los residuos y tratamientos aplicables acorde el objeto del presente contrato son:

| Tipo de Residuo | Tratamiento Aplicable |
|---|---|
| Biosanitarios | Desactivación de Alta Eficiencia |
| Anatomopatológico, cortopunzantes, medicamentos vencidos y químicos | Incineración |
| Líquidos Revelador Y fijador | Biorremediación |
| Lámparas, Pilas y Chatarra Electrónica | Programas Posconsumo |
| Metales pesados | Encapsulamiento / Relleno de seguridad |

**1.1 Duración del contrato: Un (1) año Fecha de inicio:**

La fecha de inicio será diligenciada por Biológicos y Contaminados SAS ESP cuando registre al contratante en el sistema.
El período se renovará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado, salvo que alguna de las partes manifieste por escrito su voluntad expresa de no renovarlo con una antelación no inferior a treinta (30) días a la fecha de su vencimiento.

## 2. RESIDUOS A DISPONER POR PARTE DEL CONTRATANTE Y VALOR DEL SERVICIO

**VALOR:** El costo del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios peligrosos objeto del presente es de $ 48.000 , siempre y cuando la cantidad de residuos a recolectar esté entre 0 y 10 kilogramos mes por sucursal, en caso de generarse mas de 10 kilogramos de residuos al mes en cada uno de estos, se cobrara un valor de $ 2.500 por kilogramo adicional. Nota: Los residuos peligrosos no establecidos en el objeto contractual no se entenderán incluidos dentro de la tarifa establecida en el presente, por lo que ésta deberá ser negociada entre las partes de presentarse dicha eventualidad.

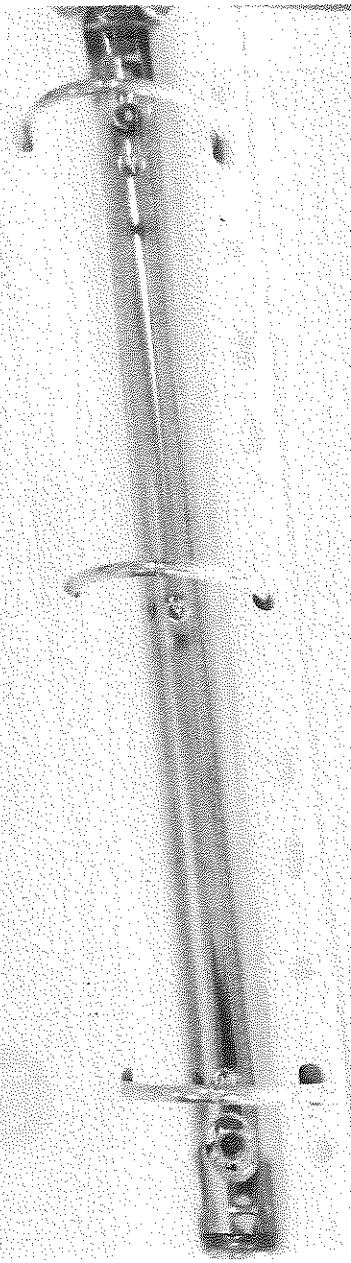
**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los valores referidos serán ajustados por EL CONTRATISTA al inicio de cada año calendario teniendo como referencia el IPC certificado por el gobierno para el año inmediatamente anterior o el porcentaje de ajuste al salario mínimo legal vigente autorizado por el gobierno, a elección del CONTRATISTA.
**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de presentarse algún tipo de objeción o incongruencia con la factura, EL CONTRATANTE deberá realizarla dentro del término de Ley según el período en el cual debe ser cancelada, pues de lo contrario, se entenderá aceptada en su totalidad y generará intereses de mora en caso de vencerse el citado término sin haber sido pagada.
**PARÁGRAFO TERCERO:** Los tratamientos aplicables a los residuos recolectados y transportados, en todo caso serán responsabilidad del CONTRATISTA, y únicamente se efectuarán los establecidos y autorizados por la legislación ambiental vigente.

## 3. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razón Social o Nombre | Biológicos y Contaminados S.A.S E.S.P | | | | |
| N.I.T. o C.C. | 900.448.985-8 | | | | |
| Representante Legal | Zulma Gonzalez Ramirez | | | | |
| C.C. | 43'538.586 | | | | |
| Dirección Principal | Diagonal 43 28-41 Interior 109 Marandúa | | | | |
| Teléfono 1 | 3774646 | Teléfono 2 | | Fax | 5200119 |
| Ciudad | Itagüí | Departamento | Antioquia | | |
| Pagina web | www.biologicos.net | E-mail | info@biologicos.net | | |

CONTENIDO

INTRODUCCION
OBJETIVO
ALCANCE
RESPONSABLE
MARCO CONCEPTUAL
DESARROLLO
BIBLIOGRAFIA
ANEXOS
CONTROL DE CAMBIOS



Dr. Andres Salas V. Ed. Nova Terrae, Concepcion 54

| Biológicos y Contaminados S.A.S. E.S.P. "CUIDAMOS PROTEGIENDO" | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS Y SIMILARES (GAG-CAF) | | |
|---|---|---|---|
| | CÓDIGO F8-GC-02 | | |
| Versión | 01 | Vigente desde | 5 de Marzo del 2019 |

**FAVOR DILIGENCIAR EN COMPUTADOR O EN LETRA LEGIBLE**

INGRESO NUEVO_____ ACTUALIZACION__X__ No Contrato_____ Fecha Diligenciamiento día/mes/año

## 1. OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO:** El objeto del presente contrato consiste en la prestación por parte del CONTRATISTA del servicio periódico de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos generados por el CONTRATANTE, quien a su vez pagará la contraprestación en los términos consagrados a continuación. Los residuos y tratamientos aplicables acorde el objeto del presente contrato son:

| Tipo de Residuo | Tratamiento Aplicable |
|---|---|
| Biosanitarios | Desactivación de Alta Eficiencia |
| Anatomopatológico, corto punzantes, medicamentos vencidos y químicos | Incineración |
| Líquidos Revelador Y fijador | Biorremediación |
| Lámparas, Pilas y Chatarra Electrónica | Programas Posconsumo |
| Metales pesados | Encapsulamiento / Relleno de seguridad |

**1.1 Duración del contrato: Un (1) año Fecha de inicio:**

La fecha de inicio será diligenciada por Biológicos y Contaminados SAS ESP cuando registre al contratante en el sistema.
El período se renovará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado, salvo que alguna de las partes manifieste por escrito su voluntad expresa de no renovarlo con una antelación no inferior a treinta (30) días a la fecha de su vencimiento.

## 2. RESIDUOS A DISPONER POR PARTE DEL CONTRATANTE Y VALOR DEL SERVICIO

**VALOR:** El costo del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios peligrosos objeto del presente es de $ 48.000 , siempre y cuando la cantidad de residuos a recolectar esté entre 0 y 10 kilogramos mes por sucursal, en caso de generarse mas de 10 kilogramos de residuos al mes en cada uno de estos, se cobrara un valor de $ 2.500 por kilogramo adicional. **Nota:** Los residuos peligrosos no establecidos en el objeto contractual no se entenderán incluidos dentro de la tarifa establecida en el presente, por lo que ésta deberá ser negociada entre las partes de presentarse dicha eventualidad.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los valores referidos serán ajustados por EL CONTRATISTA al inicio de cada año calendario teniendo como referencia el IPC certificado por el gobierno para el año inmediatamente anterior o el porcentaje de ajuste al salario mínimo legal vigente autorizado por el gobierno, a elección del CONTRATISTA.
**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de presentarse algún tipo de objeción o incongruencia con la factura, EL CONTRATANTE deberá realizarla dentro del término de Ley según el periodo en el cual debe ser cancelada, pues de lo contrario, se entenderá aceptada en su totalidad y generará intereses de mora en caso de vencerse el citado término sin haber sido pagada.
**PARÁGRAFO TERCERO:** Los tratamientos aplicables a los residuos recolectados y transportados, en todo caso serán responsabilidad del CONTRATISTA, y únicamente se efectuarán los establecidos y autorizados por la legislación ambiental vigente.

## 3. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social o Nombre** | Biológicos y Contaminados S.A.S E.S.P | | | | |
| **N.I.T. o C.C.** | 900.448.965-6 | | | | |
| **Representante Legal** | Zulma Gonzalez Ramirez | | | | |
| **C.C.** | 43'538.588 | | | | |
| **Dirección Principal** | Diagonal 43 28-41 Interior 109 Marandúa | | | | |
| **Teléfono 1** | 3774646 | **Teléfono 2** | | Fax | 5200119 |
| **Ciudad** | Itagüí | **Departamento** | Antioquia | | |
| **Pagina web** | www.biologicos.net | **E-mail** | info@biologicos.net | | |

| Biológicos y Contaminados ..... ¡SOMOS PROTECCIÓN! | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS Y SIMILARES (GAG-CAF) | | |
|---|---|---|---|
| | CÓDIGO FR-GC-02 | | |
| Versión | 01 | Vigente desde | 5 de Marzo del 2019 |

**FAVOR DILIGENCIAR EN COMPUTADOR O EN LETRA LEGIBLE**

**INGRESO NUEVO**_____ **ACTUALIZACION** X **No Contrato**_____ **Fecha Diligenciamiento** día/mes/año

## 1. OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO:** El objeto del presente contrato consiste en la prestación por parte del CONTRATISTA del servicio periódico de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos generados por el CONTRATANTE, quien a su vez pagará la contraprestación en los términos consagrados a continuación. Los residuos y tratamientos aplicables acorde el objeto del presente contrato son:

| Tipo de Residuo | Tratamiento Aplicable |
|---|---|
| Biosanitarios | Desactivación de Alta Eficiencia |
| Anatomopatológico, cortopunzantes, medicamentos vencidos y químicos | Incineración |
| Líquidos Revelador Y fijador | Biorremediación |
| Lámparas, Pilas y Chatarra Electrónica | Programas Posconsumo |
| Metales pesados | Encapsulamiento / Relleno de seguridad |

**1.1 Duración del contrato: Un (1) año Fecha de Inicio:**

La fecha de inicio será diligenciada por Biológicos y Contaminados SAS ESP cuando registre al contratante en el sistema.
El periodo se renovará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado, salvo que alguna de las partes manifieste por escrito su voluntad expresa de no renovarlo con una antelación no inferior a treinta (30) días a la fecha de su vencimiento.

## 2. RESIDUOS A DISPONER POR PARTE DEL CONTRATANTE Y VALOR DEL SERVICIO

**VALOR:** El costo del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios peligrosos objeto del presente es de $ 45.000 , siempre y cuando la cantidad de residuos a recolectar esté entre 0 y 10 kilogramos mes por sucursal, en caso de generarse más de 10 kilogramos de residuos al mes en cada uno de estos, se cobrara un valor de $ 2.500 por kilogramo adicional. **Nota:** Los residuos peligrosos no establecidos en el objeto contractual no se entenderán incluidos dentro de la tarifa establecida en el presente, por lo que esta deberá ser negociada entre las partes de presentarse dicha eventualidad.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los valores referidos serán ajustados por EL CONTRATISTA al inicio de cada año calendario teniendo como referencia el IPC certificado por el gobierno para el año inmediatamente anterior o el porcentaje de ajuste al salario mínimo legal vigente autorizado por el gobierno, a elección del CONTRATISTA.
**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de presentarse algún tipo de objeción o incongruencia con la factura, EL CONTRATANTE deberá realizarla dentro del termino de Ley según el periodo en el cual debe ser cancelada, pues de lo contrario, se entenderá aceptada en su totalidad y generará intereses de mora en caso de vencerse el citado termino sin haber sido pagada.
**PARÁGRAFO TERCERO:** Los tratamientos aplicables a los residuos recolectados y transportados, en todo caso serán responsabilidad del CONTRATISTA, y únicamente se efectuarán los establecidos y autorizados por la legislación ambiental vigente.

## 3. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social o Nombre** | Biológicos y Contaminados S.A.S E.S.P | | | | |
| **N.I.T. o C.C.** | 900.446.985-8 | | | | |
| **Representante Legal** | Zulma Gonzalez Ramirez | | | | |
| **C.C.** | 43'538.588 | | | | |
| **Dirección Principal** | Diagonal 43 28-41 Interior 109 Maranduba | | | | |
| **Teléfono 1** | 3774646 | **Teléfono 2** | | Fax | 5200119 |
| **Ciudad** | Itagüí | **Departamento** | Antioquia | | |
| **Pagina web** | www.biologicos.net | **E-mail** | info@biologicos.net | | |

| Biológicos y Contaminados SAS ESP ¡SOMOS PROTECCIÓN! | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS Y SIMILARES (GAG-CAF) | | |
|---|---|---|---|
| | CÓDIGO FB-GC-02 | | |
| Versión | 01 | Vigente desde | 5 de Marzo del 2015 |

**FAVOR DILIGENCIAR EN COMPUTADOR O EN LETRA LEGIBLE**

INGRESO NUEVO_____ ACTUALIZACION X No Contrato_____ Fecha Diligenciamiento día/mes/año

## 1. OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO:** El objeto del presente contrato consiste en la prestación por parte del CONTRATISTA del servicio periódico de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos generados por el CONTRATANTE, quien a su vez pagará la contraprestación en los términos consagrados a continuación. Los residuos y tratamientos aplicables acorde el objeto del presente contrato son:

| Tipo de Residuo | Tratamiento Aplicable |
|---|---|
| Biosanitarios | Desactivación de Alta Eficiencia |
| Anatomopatológico, cortopunzantes, medicamentos vencidos y químicos | Incineración |
| Líquidos Revelador Y fijador | Biorremediación |
| Lámparas, Pilas y Chatarra Electrónica | Programas Posconsumo |
| Metales pesados | Encapsulamiento / Relleno de seguridad |

**1.1 Duración del contrato: Un (1) año Fecha de inicio:**

La fecha de inicio será diligenciada por Biológicos y Contaminados SAS ESP cuando registre al contratante en el sistema.
El período se renovará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado, salvo que alguna de las partes manifieste por escrito su voluntad expresa de no renovarlo con una antelación no inferior a treinta (30) días a la fecha de su vencimiento.

## 2. RESIDUOS A DISPONER POR PARTE DEL CONTRATANTE Y VALOR DEL SERVICIO

**VALOR:** El costo del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios peligrosos objeto del presente es de $ 48.000 , siempre y cuando la cantidad de residuos a recolectar esté entre 0 y 10 kilogramos mes por sucursal, en caso de generarse mas de 10 kilogramos de residuos al mes en cada uno de estos, se cobrara un valor de $ 2.500 por kilogramo adicional. Nota: Los residuos peligrosos no establecidos en el objeto contractual no se entenderán incluidos dentro de la tarifa establecida en el presente, por lo que ésta deberá ser negociada entre las partes de presentarse dicha eventualidad.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los valores referidos serán ajustados por EL CONTRATISTA al inicio de cada año calendario teniendo como referencia el IPC certificado por el gobierno para el año inmediatamente anterior o el porcentaje de ajuste al salario mínimo legal vigente autorizado por el gobierno, a elección del CONTRATISTA.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de presentarse algún tipo de objeción o incongruencia con la factura, EL CONTRATANTE deberá realizarla dentro del término de Ley según el período en el cual debe ser cancelada, pues de lo contrario, se entenderá aceptada en su totalidad y generará intereses de mora en caso de vencerse el citado término sin haber sido pagada.

**PARÁGRAFO TERCERO:** Los tratamientos aplicables a los residuos recolectados y transportados, en todo caso serán responsabilidad del CONTRATISTA, y únicamente se efectuarán los establecidos y autorizados por la legislación ambiental vigente.

## 3. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social o Nombre** | Biológicos y Contaminados S.A.S E.S.P | | | | |
| **N.I.T. o C.C.** | 900.448.965-8 | | | | |
| **Representante Legal** | Zulma Gonzalez Ramirez | | | | |
| **C.C.** | 43'938.588 | | | | |
| **Dirección Principal** | Diagonal 43 28-41 Interior 109 Maranduba | | | | |
| **Teléfono 1** | 3774646 | **Teléfono 2** | | **Fax** | 5200119 |
| **Ciudad** | Itagüí | **Departamento** | Antioquia | | |
| **Pagina web** | www.biologicos.net | **E-mail** | info@biologicos.net | | |

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA. DIRECCIONES. Las partes acuerdan que para el envío de comunicaciones, se hará a las siguientes direcciones:

**Por** EL CONTRATANTE: **Carrera 43 A # 14-109 Medellín**
**TEL: 2666608**

**Por** EL CONTRATISTA: **Calle 46 # 41-69 Bl 1 piso 2. Itagüí.**
**TEL 3774646**

Si alguna de las partes cambia de lugar, así lo hará saber a la otra parte mediante aviso escrito entregado personalmente o dirigido por correo certificado a la dirección registrada en esta cláusula por la otra parte.

Para constancia de lo anterior, las partes firman en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, el Primero (1) de Enero de dos mil nueve (2009).

**GUSTAVO DEL TORO**
**Gerente General**
**EL CONTRATISTA**

ROSA ELENA FLOREZ MEJÍA
**EL CONTRATANTE**

| Invima | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | VIGILANCIA | | |
|---|---|---|---|---|
| | **FORMATO REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS - FOREAM** | | | |
| | Código: IVC-VIG-FM026 | Versión: 01 | Fecha de Emisión: 05/04/2016 | Página 1 de 2 |

## 1. INFORMACION DEL REPORTANTE

| Fecha de notificación | Origen del reporte Departamento – Municipio | Nombre de la Institución donde ocurrió el evento | Código PNF |
|---|---|---|---|
| AAAA MM DD | | | |

| Nombre del Reportante primario | Profesión del reportante primario | Correo electrónico institucional del reportante primario |
|---|---|---|
| | | |

## 2. INFORMACION DEL PACIENTE

| Fecha de nacimiento del paciente | | | Edad del paciente en el momento del EA | | Documento de identificación del paciente | | | | | | | Iniciales del paciente | Sexo | | | Peso | Talla |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Edad | Años/Meses/ días | CC | TI | RC | NUIP | Cód. Lab | Otro | S/I | | M | F | SA | (Kg) | (cm) |
| AAAA | MM | DD | | | | | | | | | | | | | | | |

**Diagnóstico principal y otros diagnósticos:**

## 3. INFORMACION DE LOS MEDICAMENTOS

Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una "S" el (los) sospechoso(s), con una "C" el (los) concomitantes y con una "I" las interacciones.

| S/C/I | Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre genérico) | Indicación | Dosis | Unidad de medida | Vía de administración | Frecuencia de administración | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**Información comercial del medicamento sospechoso**

| Titular del Registro sanitario | Nombre Comercial | Registro sanitario | Lote |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 4. INFORMACION DEL EVENTO ADVERSO

| Fecha de Inicio del Evento Adverso | Evento adverso |
|---|---|
| AAAA MM DD | |

**Descripción y análisis del Evento Adverso:**

**Desenlace del evento** (Marcar con una X)
- □ Recuperado / Resuelto sin secuelas
- □ Recuperado / Resuelto con secuelas
- □ Recuperando / Resolviendo
- □ No recuperado / No resuelto
- □ Fatal
- □ Desconocido

**Seriedad** (Marcar con X)
- □ Produjo o prolongó hospitalización
- □ Anomalía congénita
- □ Amenaza de vida
- □ Muerte (Fecha: _____)
- □ Produjo discapacidad o incapacidad permanente
- condición médica importante

| | Si | No | No sabe |
|---|---|---|---|
| ¿El evento se presentó después de administrar el medicamento? | | | |
| ¿Existen otros factores que puedan explicar el evento (medicamento, patologías, etc.)? | | | |
| ¿El evento desapareció al disminuir o suspender el medicamento sospechoso? | | | |
| ¿El paciente ya había presentado la misma reacción al medicamento sospechoso? | | | |
| ¿Se puede ampliar la información del paciente relacionando con el evento? | | | |

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTO (FOREAM)

### 1. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

**Fecha de notificación:** Indicar la fecha en la que se diligencia el formato.
**Origen del reporte:** Indicar el Departamento y/o Municipio donde ocurre el evento adverso.
**Nombre de la Institución donde ocurrió el evento:** Indicar el nombre de la institución donde ocurrió el evento adverso.
**Código PNF:** Indicar el código PNF asignado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA en el momento de la inscripción al Programa Nacional de Farmacovigilancia a través del link: http://procesos.invima.gov.co:8080/reportesfv/login/ingresofv.jsp
**Nombre del Reportante primario:** Indique el nombre de la persona que reporta el evento adverso.
**Profesión del reportante primario:** Indique la profesión del reportante primario (Médico, Químico Farmacéutico, Profesional de enfermería, otro profesional de salud, otro o desconocido)
**Correo electrónico institucional:** Indique el correo institucional de la persona que realiza el reporte. El objetivo de esta información es contar con los datos del notificante para solicitar mayor información cuando se requiera y/o para el envío de la retroalimentación sobre el reporte, cuando así lo amerite.

### 2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha de nacimiento:** Indique la fecha de nacimiento del paciente de la siguiente manera: AAAA-MM-DD.
**Edad del paciente en el momento del Evento adverso:** Indique la edad del paciente en el momento en que ocurrió el evento adverso. Especifique dicha edad en años, meses y días según corresponda.
**Documento de identificación del paciente:** Indique el documento de identificación del paciente teniendo en cuenta: CC - Cédula de ciudadanía, TI – Tarjeta de identidad, RC – Registro civil, NUIP – Número único de identificación personal, Código de laboratorio, en el campo otro puede incluir los siguientes documentos de identificación (CE - Cédula de extranjería, Pasaporte, Menor sin identificación, S/I – Sin Información. El objetivo de este campo es identificar casos duplicados o información de seguimiento de un caso previamente notificado. Para este campo puede relacionar uno de los siguientes campos.
**Iniciales del paciente:** Las iniciales deben ser ingresadas en el siguiente orden: Nombre (s), Apellido (s) sin signos ni espacios entre ellos. Por ejemplo: JXJX.
**Sexo:** Marque con una X en la casilla correspondiente: M (masculino), F (femenino), S/I (Sin información).
**Peso:** Indique el peso del paciente en kilogramos (Kg).
**Talla:** Registrar la estatura del paciente en centímetros (cm).
**Diagnóstico principal y otros diagnósticos:** En este campo indique el diagnostico principal, otros diagnósticos y datos de importancia como: Falla hepática, renal, alergias, antecedentes, embarazo, resultados de exámenes clínicos y paraclínicos, entre otros.

### 3. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

**Medicamento:** Registre todos los medicamentos utilizados según denominación Común Internacional (DCI) o Nombre genérico. Marque con una "S" el (los) sospechoso(s), con una "C" el (los) concomitantes y con una "I" las interacciones.
**Indicación:** Describa la indicación del medicamento.
**Dosis y unidad de medida:** Indicar la dosis suministrada en cantidad y unidades de medida, según la casilla correspondiente (por ejemplo: 500 mg). Entre las unidades de medida se incluye: Decilitro, gotas, gramo, infusión continua, kilogramo, litro, microgramo, miliequivalentes, miligramo, mililitro, milimoles, puff, unidades internacionales o sin información.
**Vía de administración:** Describa la vía de administración del medicamento teniendo en cuenta las siguientes vías de administración: Alveolar y bronquial, bucal, conjuntival, epidural, intestinal, intraarticular, intradérmica, intramedular, intramuscular, intraocular, intraperitoneal, intratecal, intrauterina, intravenosa, oral, otica, peridural, piel – iontoforesis, rectal y otras.
**Frecuencia de administración:** Indique la frecuencia o intervalos de administración del medicamento teniendo en cuenta las siguientes frecuencias de administración: Cada hora, cada 2,3,4,5,6,8,12,24 horas, 14,21,28 días, semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, semestral, anual y según esquema.
**Fecha de Inicio:** Indique la fecha en que inicio el tratamiento con el medicamento.
**Fecha de Finalización:** Indique la fecha en que termino el tratamiento con el medicamento. En el caso de no finalización del tratamiento indíquelo con la palabra "continua".
**Información comercial del medicamento sospechoso:** Indique la información comercial del medicamento sospechoso en la cual se incluye: Nombre del laboratorio farmacéutico o titular del registro sanitario, nombre comercial del medicamento, registro sanitario y lote.

### 4. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

**Fecha de inicio del evento adverso:** Indique la fecha exacta en la cual inicio la reacción de la siguiente manera: AAAA-MM-DD.
**Evento Adverso:** Cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente una relación causal con dicho tratamiento.
**Descripción y análisis del evento adverso:** Describa detalladamente cuales fueron los signos y síntomas del evento adverso. Si se cuenta con resultados de pruebas o exámenes diagnósticos o de procedimientos médicos es preciso anexarlos al reporte.
**Desenlace del evento adverso:** Marque con una X, según la casilla correspondiente al desenlace del evento.
**Seriedad:** Marque con una o varias X la(s) opción(es) correspondiente(s), si el evento produjo la muerte, indique la fecha de defunción, si produjo otro tipo de condición describala.
**Análisis del evento:** Responda las preguntas relacionadas al final del reporte. Si la respuesta a la pregunta es afirmativa, marque "SI", si la respuesta es negativa, marque "NO", si no conoce la información marque "No Sabe".
Para el análisis del evento adverso consultar la Guía para determinar la causalidad de RAMS - IVC-VIG-GU001 publicada en el sitio web del INVIMA en el siguiente enlace: https://www.invima.gov.co/images/pdf/farmacovigilancia/alertas/reporte-reacciones/IVC-VIG-GU001.pdf

### RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NOTIFICACIÓN

**REPORTE SOSPECHAS DE EVENTO(S) ADVERSO(S) CON:** Medicamentos: (Tradicionales y Homeopáticos), medicamentos a base de productos naturales (fitoterapéuticos), medios diagnósticos o de contraste, productos especiales de nutrición (Suplementos, Formulas infantiles), gases medicinales, reporte aun cuando usted no esté seguro de que el producto causó el evento.
**REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO:** Eventos o reacciones esperadas o conocidas, inesperadas o desconocidas, leves, no serias y serias. De igual forma los eventos relacionados con errores de medicación (Prescripción, dispensación, preparación, administración) y posibles fallas terapéuticas.
**INFORMACION ADICIONAL:** En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
**INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO DE LOS REPORTES EN FISICO:**
Dirección: Carrera 10 # 64 - 28 Bogotá, Colombia.
Teléfono: (1) 2948700, ext. 3916; Fax: ext. 3867
Correo electrónico: invimafv@invima.gov.co
Ubicación de este formato en la página web: https://www.invima.gov.co/es/vigilancia-post-mercado/reporte-eventos-adversos-a-medicamentos
**INFORMACIÓN PARA EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS A TRAVÉS DEL FORMATO FOREAM EN LÍNEA:**
Para realizar el reporte de eventos adversos a través de la plataforma web disponible, ingrese al siguiente enlace: http://procesos.invima.gov.co:8080/reportesfv/login/ingresofv.jsp
La información contenida en este reporte es información farmacológica, por lo tanto tiene carácter confidencial y se utilizara únicamente con fines sanitarios. El Ministerio de Salud y Protección Social y el INVIMA son las únicas instituciones competentes para su investigación (Ley 9 de 1979).
Al realizar el envío del reporte asegúrese de no imprimir o anular las instrucciones que acompañan al presente formato.

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
*UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA*

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**Nº S-2021-032567/ ESPCO - GASIS 29.25**

Envigado, 16 de febrero del 2021

Mayor
LEONARDO ESPINAL GRANADA
Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Carrera 43ª 48 C sur-45
Envigado

Asunto Solicitud Ajuste Tarifario

Con el fin de contribuir con el desarrollo de las metas estratégicas de la Dirección de Sanidad, en el sentido de dar continuidad en la prestación del servicio asistencial, de manera atenta me permito solicitar al Mayor, autorice el ajuste tarifario del Manual ISS-2001 por el cual se rige el pago de procedimientos complementarios a los eventos contratados por los Especialistas en Odontopediatría, Periodoncia, cirugía oral, cirugía maxilofacial, endodoncia y rehabilitación oral los cuales desde hace 5 años y a la fecha se les está cancelando tarifa ISS -10% y se solicita aumentar a Tarifa ISS + el 20%. Lo anterior para dar continuidad con los contratos por Evento de dichas especialidades la Unidad Prestadora de Salud Antioquia

Atentamente,

Mauren Bula

**SM184, MAUREN BULA OJEDA**
Líder Servicio de Odontología

Elaborado por: SM184, Mauren Bula Ojeda
Revisado por: SM184 Mauren Bula Ojeda
Ubicación: \mis documentos\oficio 34

"Humanismo y Calidad, Camino a la Excelencia en la Sanidad Policial"

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396777
Deant.escop-odo@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Pandemia
Verificar
Contratos ver
Estado de mercado
y verificar viabilidad

**POLICÍA NACIONAL**
**DIRECCIÓN DE SANIDAD**
17 FEB 2021

**Mayor LEONARDO ESPINAL GRANADA**
**Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia**
**Ordenador del Gasto**



Medellín, 20 de Febrero de 2021

**PROPUESTA DE OFICIOS**

Certifico que, yo Nohora María Blanco Leguizamón Identificada con C:C 40.047.471 de Tunja, estaré en permanente contacto con el líder de la oficina de referencia y contra referencia de la unidad prestadora de Salud Antioquia y/o con el supervisor del contrato y línea telefónica disponible para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el contratista

Nohora María Blanco Leguizamón
Carrera 43 A Nro. 14 109 oficina 501
Edificio Novatempo
Medellín.
Móvil: 3147934064
Teléfono Fijo: 4077997

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral**
**Universidad El Bosque.**

Medellín, 20 de Febrero de 2021

**CERTIFICACION**

Certifico que cuento con la suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, así como la capacidad instalada, (recursos logísticos, operativos, y físicos) portafolio de servicios. A continuación describo horarios de trabajo y establezco que la oportunidad de citas es 10 días.

Horario de Atención:

| | |
|---|---|
| Lunes: | 8 AM- 12 PM |
| Mártes: | 8 AM – 12PM |
| Miércoles: | 8AM - 12PM |
| Jueves: | 2PM- 5PM |

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral**
**Universidad El Bosque.**

Medellín, 20 de Febrero de 2021

**CERTIFICACION**

Me comprometo a prestar los servicios de salud, a los usuarios de la clínica de la policía en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro del horario de atención ambulatoria establecido y de manera oportuna con calidad, disponiendo de una atención preferencial a los usuarios de la Policía Nacional, sin discriminación frente al tipo de usuarios que se atienda.

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral**
**Universidad El Bosque.**

PEÑALOZA

Medellín, 20 de Febrero de 2021

**CERTIFICACION**

Garantizo que tengo la capacidad instalada necesaria para el cabal cumplimiento de los servicios contratados, cuento con el acompañamiento permanente de una auxiliar de odontología, cuento con todos los equipos operativos dentro de los cuales incluyo. 2 unidades de odontología con escupidera, lámparas (2) sillas (4) para doctor y auxiliar, Compresor, Autoclave, piezas de mano de alta y baja velocidad, eyectores quirúrgicos. ultrasonidos para cada unidad, prophyjet, electro bisturí, instrumental manual para la atención del paciente en los diferentes procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos que se necesiten.
Se cuenta con un área de consultorio de 70 metros cuadrados divididos en 2 consultorios, sala de espera y oficina de atención.
Certifico que todos los equipos físicos y operativos tienen sus hojas de vida y su debido mantenimiento.

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral**
**Universidad El Bosque.**

PERINOVA

Medellin, 20 de Febrero de 2021

**CERTIFICACION**

Me comprometo a prestar los servicios de salud, a los usuarios de la clínica de la policía en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro del horario de atención ambulatoria establecido y de manera oportuna con calidad, disponiendo de una atención preferencial a los usuarios de la Policía Nacional, sin discriminación frente al tipo de usuarios que se atienda.

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral.**
**Universidad El Bosque.**



Teléfono (57) (4) 512 11 38
Carrera 43a # 1S - 181, Edificio Novolampo, Oficina 501
Medellín, Colombia
info@perinova.com.co

PERINOVA

Medellín, 20 de Febrero de 2021

**CERTIFICACION**

Certifico que cuento con los equipos acordes con el nivel de complejidad, para la realización de los procedimientos, exámenes requeridos para cumplir con el objeto del contrato.

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral.**
**Universidad El Bosque.**

ARUS

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-01-29, 08:13:05 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2021 |
| **Empresa** | GERMAN ANDRES ESLAVA VANEGAS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 71787951 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 47835143 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 575285064 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 308.000 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.suaporte.com.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 70.300 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 140.500 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 35.200 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 2 | $ 9.200 | $ 0 |
| N890900841 | CCF04 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA | 2 | $ 52.800 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 308.000 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 308.000 |

Medellín, 21 de Febrero de 2021

**MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Certifico que cuento con el modelo de prestación de servicios, donde laboro con la Auxiliar de Odontología Claudia Inés Galvis Identificada con C:C 43.594.402 de Medellín.
Se adjunta Certificación de Seguridad Social.

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral**
**Universidad El Bosque.**

Medellín. 20 de Febrero de2021

**CERTIFICACION**

Me comprometo a mantener vigente los permisos, licencias y títulos de especialista exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar el servicio de salud oral en el área de Periodoncia.

**Nohora María Blanco Leguizamón**
**Odontóloga, Especialista en Periodoncia Y medicina Oral**
**Universidad El Bosque.**

PERINOVA

Medellín, 01 de Marzo de 2021

Señores:
POLICIA NACIONAL SECCIONAL ANTIOQUIA
Envigado, Antioquia

El suscrito hace constar que:

**PERINOVA, Implantes Dentales & Estética Gingival**, certifica que la **Dra. Nohora María Blanco Leguizamón**, identificada con c.c. **40.037.471** de la ciudad de **Tunja**, cumple sus funciones profesionales como Odontólogo Especialista en Periodoncia, Medicina Oral e Implantes Dentales desde el 02 de Enero de 2002 hasta la fecha actual.

Este certificado se expide bajo la solicitud de la Doctora Nohora María Blanco Leguizamón, el día 01 de Marzo de 2021

Cualquier información adicional con gusto la estaré ampliando en los teléfonos de la oficina 4077997o al celular 314 7934086.

Cordialmente

**Andrés Eslava Vanegas**
**c.c 71.787.951 de Medellín**
**Especialista en Periodoncia, Medicina Oral e Implantes**

Telefax (57) (4) 352 11 15
Carrera 43a # 14 - 109. Edificio Navatempo. Oficina 501
Medellín, Colombia
info@perinova.com.co



Escaneado con CamScanner

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

LA OFICINA DE CONTRATOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA,
Nit. 901363087-6
Tel. 3506656780

H A C E  C O N S T A R:

Que la señora NOHORA MARIA BLANCO LEGUIZAMON, Identificada con Cédula de Ciudadanía Numero 40.037.471, ha venido prestando sus servicios como Odontologa Especialista En Periodoncia, en la Unidad Prestadora De Salud Antioquia.

**LEY 80 DE 1993** Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (...) **III. DEL CONTRATO ESTATAL. ARTÍCULO 32. DE LOS CONTRATOS ESTATALES. 3o. Contrato de Prestación de Servicios.** Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados. En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable. (...).

Ha contratado con la institución en las siguientes fechas:

Contrato No.102-7-20098-20 fecha inicio 17/06/2020 fecha final 31/03/2021
Vr contrato $ 37.000.000,00

Se expide a solicitud del interesado en Envigado, a los cinco (05) días del mes de marzo de dos mil veintiuno (2021). VALIDO POR 30 DIAS.

Atentamente,

Capitán **JAIRO ELIECER CHUÑA RIVERA**
Jefe Grupo Administrativo y Financiero

Elaboró Técnica Administrativa Anny Palacios Mosquera
Revisó: Subintendente Mauricio Calderón Olarte
Fecha: 05/03/2021
Archivo: c:\documents and settings\escritorio\contratos

Carrera 43ª 48 C sur - 45 Envigado
Cel: 3506656780
deant.upres-cpr@policia.gov.co
**www.policia.gov.co**

| Página 1 de 1 | PROCEDIMIENTO: REALIZAR PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 1DE-FR 0033 | | |
| Fecha: 14/05/2012 | CERTIFICACIÓN PLAN DE COMPRAS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | |
| Versión: 2 | | |

FECHA 17/03/2021

CERTIFICADO No. 176

| UNIDAD EJECUTA | UNIDAD QUE REQUIERE | PROGRAMA | MES PROYECTADO COMPRA | CODIGO UNSPSC | RUBRO PRESUPUESTAL | DESAGREGACIÓN PRESUPUSETAL | DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO | VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA) | APORTES DE LA NACIÓN R10 | | FONDOS ESPECIALES R 16 | | OTRO RECURSO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | CANT | VALOR TOTAL | CANT | VALOR TOTAL | CANT | VALOR TOTAL |
| UPRES | ESPCO-GASIS | PROG O | FEBRERO | 85121700 | 02-02-02-009-03 | 01 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO PERIODONCISTA | 15.272.724,00 | | | 1 | 15.272.724,00 | | |
| | | | | | | | AMPARA VF 2022 | | | | 0 | - | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | - | | |
| | | | | | | | | TOTAL | - | - | 1,00 | 15.272.724,00 | - | - |

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN 15.272.724,00

SI. YURI YOHANNA MOSCOSO RAMIREZ
Responsable Plan de Compras UPRES DEANT

RECIBE:

SMA84 MAUREN BULA OJEDA
Grado, Nombres y Apellidos

PT. FLOR ALBA CARREÑO PINTO
Jefe Grupo Soporte y Apoyo ( E )

Unidad/Grupo UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

SIIF Nación

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdaorozco | DARIO ALONSO OROZCO CANAVERAL |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 16-01-02-051 | UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Sistema: | 2021-04-08-2:28 p. m. | |

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

**El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 36821 | Fecha Registro: | 2021-04-08 | Unidad / Subunidad ejecutora: | 16-01-02-051 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA | | | | | | |
| Vigencia Presupuestal | Actual | Estado: | Generado | | Tipo: | Gasto | | Uso Caja Menor | Ninguno | | |
| Valor Inicial: | 15.272.724,00 | Valor Total Operaciones: | 0,00 | | Valor Actual.: | 15.272.724,00 | Saldo x Comprometer: | 15.272.724,00 | Vr. Bloqueado | 0,00 | |

| SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | | AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número: | 36821 | Fecha Registro: | 2021-04-08 | Número: | | Modalidad de contratación: | | Tipo de contrato: | |

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO / RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X COMPROMETER | VALOR BLOQUEADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 051 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16 | SSF | | | | | | |
| | | | | | Total: | 15.272.724,00 | 0,00 | 15.272.724,00 | 15.272.724,00 | 0,00 |

| | |
|---|---|
| Objeto: | PRESTACION DE SERVICIOS COMO PERIODONCISTA PAA 176 |

Firma Responsable

# UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

Nit: 901363087

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

## *CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL* Numero: 159

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

## *C E R T I F I C A :*

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de QUINCE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE *** $15,272,724.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PERIODONCISTA PAA 176

Estado: **AUTORIZADO**
Area Solicitante: ATENCION SALUD UPRES DEANT
Nombre Solicitante: MY LEONARDO ESPINAL GRANADA
Fecha Solicitud: 08/04/2021
**Observaciones:** ..
Proyecto:

| AREA | | IMPUTACION PRESUPUESTAL | | | | | | | | | DESCRIPCION | VIGENCIA | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Tpo | Cla | Cta | Scta | Obg | Ord | Sord | Aux | Recu | | | |
| 1561000 | ATENCION SALUD UPRES DEANT | 0 | 2 | 020 | 200 | 9 | | | | 16 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES' | 2021 | $15,272,724.00 |
| | | | | | | | | | | | TOTAL | | $15,272,724.00 |

Expedido a los 08 dias del mes de Abril de 2021 en la ciudad de MEDELLIN

IT DARIO OROZCO CAÑAVERAL
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO