



SECCIONAL SANIDAD SANTANDER

Bucaramanga, 26 de marzo de 2019

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

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA , CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, SECCIONAL SANIDAD SANTANDER.
1.2 VALOR ESTIMADO	El valor estimado de la presente contratación es la suma de CIENTO SESENTA Y DOS MILLONES VINTICINCO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE DE PESOS M/CTE (\$162.025.527) incluido IVA
1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN Y/O VIGENCIAS FUTURAS.	PROGRAMA O ATENCIÓN SALUD - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - OTROS GASTOS POR ADQUISICIÓN DE SERVICIOS - SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS VIGENCIA 2019: CIENTO SESENTA Y DOS MILLONES VINTICINCO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE DE PESOS M/CT (\$162.025.527) incluido IVA. Certificado Plan Compras N° <u>33219</u> - Fecha: <u>26-03-19</u> - Recurso 16- valor: \$ 162.025.527 Identificación presupuestal 2.0.4.41.2
1.4 CLASE DE CONTRATO	Prestación servicios de salud
1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES	Podrán participar en el presente proceso por la modalidad de selección abreviada procedimiento de MENOR CUANTÍA, CAUSAL DE SERVICIOS DE SALUD , todas las personas naturales o jurídicas nacionales o extranjeras, en forma individual o conjunta (Consortio o Unión Temporal y promesa de Sociedad), que tenga dentro de su objeto social o actividad expresamente o similar el objeto de este proceso que cumpla con todos los requisitos exigidos para el mismo. Los proponentes deben tener la capacidad para la ofertar la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN OFTALMOLOGIA, en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, los cuales deberán estar habilitados por la Secretaría de Salud Departamental. Igualmente, los servicios ordenados por Jueces de la Republica mediante acción de Tutela y los procedimientos autorizados por el Comité Tecnico Científico (CTC), donde se tendrá en cuenta el tarifario adjunto a la propuesta, únicamente cuando no haya referente en los tarifarios SOAT o ISS vigente. Por lo anterior, se debe contar con certificado de habilitación de los servicios a prestar, soportado por Registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS, sede principal y cada una de las IPS sedes alternas que en su oferta pone a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Debe contar con portafolio de servicios que informe las especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas tanto para adultos como para la población infantil con las que cuenta.

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

La Seccional Sanidad Santander tiene la necesidad de contratar con una Entidad Prestadora de Servicios de Salud en la especialidad de servicios médicos **DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGÍA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA**, debido a que en nuestra red propia, la Clínica Regional del Oriente, no cuenta con la capacidad tecnológica ni científica, para dar cobertura en el servicio de Oftalmología de III nivel y exámenes especializados en esta rama, toda vez que se ha visto el incremento en la frecuencia de patologías visuales en los usuarios del Subsistema de Salud de esta Seccional, en los diferentes grupos etarios, donde encontramos entre otras: cataratas, glaucoma, problemas de retina y córnea, patologías secundarias a diabetes, desprendimiento de retina, astigmatismos, miopía, estrabismo, entre otras.

Tomando en consideración que el espíritu de la Ley de Seguridad Social en Salud Colombiana es la Cobertura y Protección del Riesgo de la población usuaria del sistema (Ley 100 de 1993, 1722 de 2007 y 1438 de 2011), lo cual se hará por parte de las entidades que integran el régimen y que en esta reciben la denominación de Empresas Promotoras de Salud (E.P.S.), y que la Dirección de Sanidad (DISAN) según el Artículo 18 del Decreto 1795 de 2000, es dentro del Subsistema de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (S.S.M.P.), la encargada de Administrar e Implementar las políticas que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (CSSMP) asumiendo el papel de E.P.S., al igual que los Planes y Programas que coordine con el Comité de Salud de la Policía Nacional y que como cualquier E.P.S. es la que cubre el riesgo de sus usuarios (afiliados y beneficiarios); además que este ente jurídico está conformado por Regionales y Seccionales para poder disponer de una red completa nacional que proporcione amparo en salubridad a los usuarios de todo el país y que para el caso del Departamento de Santander es la Seccional Sanidad Santander (SECSA DESAN) la que debe contratar, regular, organizar, proveer y controlar los servicios requeridos para proporcionar a la población usuaria una protección del riesgo asegurado y el restablecimiento de su estado de salud perdido por enfermedades y/o eventos catastróficos.

- Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud Departamental de Santander designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en la Ciudad de Bucaramanga o su Área Metropolitana.
- Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado.
- Modelo de Atención en Salud previamente definido por la entidad oferente.

4.1.1. Experiencia proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio

Este aspecto se verificará en el **ANEXO N°. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**.

4.1.2. Competencia de los contratistas

Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación toda vez que la prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

- Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
- Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- La Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud".
- Decreto Reglamentario Unico del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
- Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

Para lo anterior, **DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO No. 4** del presente estudio de conveniencia "Certificación de Competencia del Contratista" firmada por el Representante Legal de la entidad oferente.

4.1.2.1. Nivel de educacion o nivel academico

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contanto como mínimo en su oferta de personal con un:

OFTALMOLOGO GENERAL
OFTAMOLOGO PEDIATRA
OFTALMOLOGO GLAUCOMATOLOGO
OFTALMOLOGO RETINOLOGO
NEUROFTALMOLOGO
OFTALMOLOGO SEGMENTO ANTERIOR
OFTALMOLOG OCULOPLASTIA
OFTALMOLOGO ESTRABOLOGO
OFTALMOLOGO ONCOLOGO
OPTOMETRA
OPTOMETRA PROTESISTA
OPTOMETRA ESPECIALISTA EN BAJA VISION

NOTA: Para lo anterior, el oferente debera diligenciar el **ANEXO No. 5** y presentar el **ANEXO No. 6** del presente estudio de conveniencia "nivel de educacion o nivel academico" firmada por el representante legal de la entidad oferente.

4.1.3 Capacidad Operativa

La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en el área metropolitana de Bucaramanga, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar.

NOTA: Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar **ANEXO No. 7** del presente estudio de conveniencia "certificación de capacidad administrativa y operacional" firmada por el representante legal de la entidad oferente.

4.1.4. Otras Condiciones Técnicas Verificables:

4.1.4.1. Equipos utilizados: El Oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO No. 8 "Hoja De Vida Equipos"** del presente Estudio de Conveniencia y Oportunidad que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL relacionada con la Hoja de vida de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos.

4.1.4.2. El Oferente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes documentos relacionados con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST).

1. Presentar certificado de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se reporte que cuentan con Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST) de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1111/2017. La Certificación deberá tener una expedición no superior a treinta (30) días, lo anterior danco cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1111/2017.
2. Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación. La Certificación deberá tener una expedición no superior a treinta (30) días, lo anterior danco cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1111/2017.

- 3. El Oferente deberá allegar certificación suscrita por el Representante Legal donde conste que la entidad cuenta con una persona de Seguridad y Salud en el trabajo, que tenga el curso de 50 horas sobre el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, de conformidad a lo establecido en el decreto 1072 de 2015.
- 4. Presentar la matriz PRAV (Peligros, amenazas y vulnerabilidades) de acuerdo a la Resolución 1111 de 2017 estándares mínimos del SG-SST.
- 5. Plan de Emergencias actualizado.

4.2 CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN.

CRITERIOS TÉCNICOS (50 PUNTOS)

1. El Oferente debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada:
- consulta externa y apoyo diagnóstico hasta 20 días calendario,
 - otros procedimientos y cirugías hasta 15 días en todos los casos igual o menor a la oferta presentada.
- Oportunidad estipulada en las Resoluciones 000256 del 5 de febrero de 2016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular única título II de SUPERSALUD para lo cual cada entidad deberá registrar con una equis (X) en la casilla que corresponda, según la forma como proponga garantizar el servicio. Para lo anterior, deberá diligenciar **ANEXO No. 9 CRITERIOS TÉCNICOS**.
2. El Oferente deberá presentar el anexo certificación de la oportunidad de especialidades y subespecialidades médicas, para lo cual cada entidad deberá registrar con una equis (X) en la casilla que corresponda, según la forma como proponga garantizar el servicio. Además, las entidades que presenten oferta deberán marcar si ofertan o no cada una de las especialidades y/o subespecialidades descritas.
3. Presentar diligenciado el listado de CUPS requeridos, según el **ANEXO No. 2**. Para ello deberán registrar con una equis (X) en la casilla correspondiente si ofertan o no el procedimiento y anotar el precio en la casilla VALOR EN PESOS DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA TARIFA OFERTADA. La información solicitada en este anexo, se tomará como base para la ponderación técnica y económica.

CRITERIOS TÉCNICOS			PUNTAJE	
			ASIGNADO SEGÚN CORRESPONDA	MÁXIMO PUNTAJE ASIGNADO
CANTIDAD DE CUPS OFERTADOS – INDICADOR (No DE CUPS OFERTADOS/No DE CUPS SOLICITADOS X 25)			%	25
HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS	1. CALL CENTER		5	5
	2. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS			
	3. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA			
	1. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS		3	
	2. CALL CENTER			
	1. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA		1	
OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	SERVICIOS AMBULATORIOS	MENOR DE 5 DIAS	10	10
		ENTRE 6 - 10 DIAS	5	
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1	
OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA EN ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES	MENOR DE 5 DIAS	10	10
		ENTRE 6 - 10 DIAS	5	
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1	
TOTAL				50

4.3 EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

4.3.1 Evaluación Económica (50 Puntos) COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN:

El puntaje total asignado para el contenido Económico será de **50 puntos**.

Cada Oferente deberá diligenciar el **ANEXO No. 10 FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA**. Se aplicará el siguiente procedimiento:

- INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS AL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. SE ASIGNARAN 20 PUNTOS DE LOS 50 PUNTOS

TARIFA	PUNTAJE
PRECIO DE COMPRA MAS EL 8%	5 PUNTOS
PRECIO DE COMPRA MAS EL 6%	10 PUNTOS
PRECIO DE COMPRA MAS EL 4%	20 PUNTOS

NOTA:

- Se aclara que para el suministro de medicamentos se tendrán en cuenta solo los medicamentos genéricos. En caso de no existir medicamento genérico se autoriza el suministro de comercial. Se reconocerá el comercial más el porcentaje que se adjudique.
- Se aclara que para el caso de los medicamentos regulados, los mismos deberán ser facturados a lo que está establecido en la normatividad vigente.
- Para las entidades que seleccionen la opción de tarifario propio de medicamentos, deberá presentarse el listado junto con la propuesta.

4.3.2 Evaluación Económica Cups (30 Puntos) Como Se Expone A Continuación:

El puntaje total asignado para el contenido Económico de los **ITEMS REQUERIDOS**, será de **30 puntos**, cada Oferente deberá diligenciar el **ANEXO No. 10 "Formato Valoración Oferta Económica**, aplicándose la siguiente fórmula, para la evaluación:

P= Puntaje

MPO= Menor precio ofertado

POE= Precio ofertado a evaluar

NOTA: Esta fórmula se aplicará a cada ítem y se hará un promedio por los doscientos veinte ocho (228) ítems requeridos. Si no se oferta alguno de los ítems, se le asignará cero puntos a la oferta en este criterio. En caso de presentarse empate en las evaluaciones, de este factor se tomarán dos decimales.

$$P = \frac{MPO}{POE} = \quad *30$$

4.3.3 Documentos de contenido financiero objeto de verificación

Estados Financieros: Proponentes Nacionales: Deberán presentar los siguientes documentos:

A. Balance General El proponente deberá anexar Balance General comparativo en pesos colombianos con corte a **31 de diciembre de 2017**, y el Estado de Resultados, de acuerdo con las normas contables actualmente vigentes.

El Balance General deberá venir debidamente CERTIFICADO por el Representante Legal y el Contador Público Titulado, conforme al artículo 37 de la Ley 222 de 1995 y debidamente dictaminado por el Revisor Fiscal cuando por disposición legal estén obligados a ello de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley 222 de 1995.

No se aceptarán Balances que vengan firmados únicamente por el Representante Legal y/o el Revisor Fiscal. En el caso de Consorcios y/o Uniones Temporales cada consorciado o miembro de la Unión Temporal deberá presentar su respectivo balance y cumplir con estos mismos requisitos. Para efectos de Verificación Financiera serán evaluados de acuerdo al porcentaje de participación de cada miembro.

B. Dictamen a los Estados Financieros: El oferente que por Ley esté obligado a tener Revisor Fiscal, debe presentar Dictamen de los Estados Financieros.

C. Notas a los Estados Financieros del Balance General a 31 de diciembre de 2017.

D. Certificado de Antecedentes Disciplinarios Vigente o Certificación de Vigencia de la Inscripción del Contador. El oferente deberá presentar dentro de su propuesta, certificado de antecedentes disciplinarios tanto del contador que certifica los estados financieros, como del revisor fiscal, cuando esté obligado a tenerlo, expedido por la Junta Central de Contadores con fecha no superior a noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso.

En caso de Consorcios y/o Uniones Temporales cada Consorciado o miembro de la Unión Temporal, deberá presentar el Certificado de Antecedentes Disciplinarios Vigente o Certificación de Vigencia de la Inscripción del Contador que certifica los Estados Financieros y del Revisor Fiscal cuando por disposición legal estén obligados a tenerlo, expedido por la Junta Central de Contadores.

E. CERTIFICACIÓN BANCARIA. El oferente deberá anexar certificación de la entidad bancaria respectiva en la cual se indique nombre del titular, número de cuenta, sucursal y tipo de cuenta (corriente o ahorro), con el fin de estipularla dentro del contrato que se suscriba en desarrollo del presente proceso, para realizar allí las consignaciones resultantes de los pagos del contrato. El Nit de la Certificación Bancaria debe coincidir con el del Formato Datos básicos de beneficiario cuenta, RUT y Certificado de Existencia y Representación Legal de la Cámara de Comercio.

F. FORMATO DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA. El Oferente debe diligenciar y anexar a su propuesta el Formulario No. 02 de los pliegos de condiciones.

Proponentes Extranjeros y/o Multinacionales Extranjeras: Deberán presentar los siguientes documentos:

Los estados Financieros deberán estar Certificados por el Contador Público de conformidad con el artículo 37 de la Ley 222 de 1995, e inscrito ante la Junta Central de Contadores Colombiana, de acuerdo con los artículos 1, 3 y 20 de la Ley 43 de 1990, o por una firma Auditora Externa Colombiana; además de ello, cumplir con todos los requisitos que para tal efecto establece la legislación vigente contenida en la Ley 43 de 1990, el Código de Comercio y la Ley 222 de 1995.

Adicionalmente si los Estados Financieros de la sucursal son emitidos por la Casa Matriz Extranjera, estos deben venir debidamente Consularizados y Visados por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, acompañados de traducción simple al castellano, expresados a pesos colombianos, a la Tasa Representativa del Mercado (TRM) de la fecha de cierre de los mismo (indicando la tasa de conversión), a la luz del Principio de Contabilidad consagrado en el artículo 50 del Decreto 2649 de diciembre 29 de 1993.

Las disposiciones en cuanto a proponentes extranjeros se refiere, regirán sin perjuicio de lo pactado en tratados o convenios internacionales. Cuando el proponente extranjero sin domicilio o sucursal en Colombia provenga de un país que hace parte de la Convención sobre la abolición de requisitos de legalización para documentos públicos extranjeros, no se requiere de la consularización a que se refiere en el párrafo anterior, sino que será suficiente que los documentos se adicionen con el certificado de apostilla por parte de la autoridad competente del país donde se origina el documento.

Para efectos de la consularización y la apostilla antes referidos, aplica lo dispuesto en el siguiente párrafo: "APODERADO": Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia,

debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con el presente Pliego de Condiciones, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

El poder que otorga las facultades, en caso de ser expedido en el exterior, deberá cumplir todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en el artículo 251 del Código de Procedimiento civil y demás normas vigentes.

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

Cuando la Seccional Sanidad Santander de la Policía Nacional en desarrollo de la verificación financiera requiera confirmar información adicional del proponente, podrá solicitar los documentos que considere necesarios para el esclarecimiento de la información, tales, como estados financieros de años anteriores, anexos específicos o cualquier otro soporte. Así mismo requerir las aclaraciones que considere necesarias, siempre que con ello no se violen los principios de igualdad y transparencia de la contratación, sin que las aclaraciones o documentos que el proponente allegue a solicitud de la Seccional Sanidad Santander, puedan modificar, adicionar o complementar la propuesta.

En el evento de que cualquiera de estos requerimientos no sea aplicable en el país del domicilio del oferente extranjero, el representante legal o el apoderado en Colombia, deberá hacerlo constar bajo gravedad de juramento. En este evento deberá contratar para este propósito una auditoría externa que certifique los estados financieros presentados.

Certificación Bancaria. El oferente deberá anexar certificación de la entidad bancaria respectiva en la cual se indique nombre del titular, número de cuenta, sucursal y tipo de cuenta (corriente o ahorro), con el fin de estipularla dentro del contrato que se suscriba en desarrollo del presente proceso, para realizar allí las consignaciones resultantes de los pagos del contrato. El Nit de la Certificación Bancaria debe coincidir con el del Formato de datos básicos beneficiario cuenta, RUT y Certificado de Existencia y Representación Legal de la Cámara de Comercio.

FORMATO DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA. El Oferente debe diligenciar y anexar a su propuesta el Formulario No. 02 de los pliegos de condiciones.

4.3.4 Criterios de verificación de cumplimiento de orden financiero

El oferente deberá acreditar los siguientes requisitos financieros, los cuales serán únicamente de verificación de cumplimiento así:

Verificación de La Capacidad Financiera: Para la determinación de los Indicadores Financieros y su correspondiente ponderación se procederá de la siguiente manera: Para los Consorcios o Uniones Temporales se calcularán los Indicadores Financieros en forma individual y el resultado de los mismos se multiplicará por el porcentaje de participación de cada uno de los Consorciados o integrantes de la unión temporal y la sumatoria de éstos, será considerado para verificar la capacidad del Consorcio o Unión Temporal.

ÍNDICE DE LIQUIDEZ También denominada, relación corriente que verifica las disponibilidades de recursos económicos de una empresa a corto plazo, para afrontar sus compromisos corrientes. El índice de liquidez del oferente para la presente contratación, se establece como la relación entre los activos corrientes sobre el pasivo corriente cuyo resultado **deberá ser mayor o igual de 1** la oferta que no cumpla con el presente indicador no continuará en el proceso.

FÓRMULA: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \text{ACTIVO CORRIENTE} / \text{PASIVO CORRIENTE}$

Índice de Endeudamiento: El Índice de Endeudamiento del Oferente **debe ser menor o igual al Setenta Por Ciento (70%)**. La oferta que supere este porcentaje no continuará en el proceso de evaluación financiera ni económica.

$\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \text{PASIVO TOTAL} / \text{ACTIVO TOTAL}$

Cobertura de intereses: Refleja la capacidad del proponente de cumplir con sus obligaciones financieras. A mayor cobertura de intereses, menor es la probabilidad de que el proponente incumpla sus obligaciones financieras. Así mismo cuando un oferente no presentan obligaciones financieras y por ende no incurra en gastos financieros, es decir, el denominador es cero (0) y no siendo posible calcular el indicador mediante una operación matemática, en este caso, la regla será que el proponente que no tiene obligaciones financieras queda automáticamente habilitado o cumple. **La razón de cobertura de intereses deberá ser mayor o igual a 2.**

$\text{Razón de Cobertura de Intereses} = \text{Utilidad Operacional} / \text{Gastos de Intereses}$

Verificación de la capacidad organizacional: Los indicadores de capacidad organizacional contenidos en el Decreto 1082 de 2015, son:

Rentabilidad Del Patrimonio Determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de los accionistas y mejor la capacidad organizacional del proponente. **La rentabilidad del patrimonio debe ser mayor o igual a 0.04.**

$\text{Rentabilidad sobre patrimonio} = \text{Utilidad Operacional} / \text{Patrimonio}$

Rentabilidad sobre activos Determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor la

capacidad organizacional del proponente. Este indicador debe ser siempre menor o igual que el de rentabilidad sobre patrimonio. **La rentabilidad sobre activos debe ser mayor o igual a 0.03**

Rentabilidad sobre activos: Utilidad Operacional / Activo Total.

Ponderación de los indicadores por porcentaje de participación: De acuerdo con la participación en la figura del oferente plural (unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura), la siguiente es la fórmula aplicable para determinar los indicadores de verificación financiera y capacidad organizacional.

Indicador X = $\frac{\text{SUMATORIA Componente 1 (numerador)} \times \% \text{ participación}}{\text{Componente 2 (denominador)} \times \% \text{ participación}}$

Donde X puede ser Índice de liquidez, Índice de endeudamiento, Cobertura de intereses, Rentabilidad del patrimonio y Rentabilidad del activo. En el caso de Consorcios o Uniones Temporales, se determinará su patrimonio a partir de los estados financieros auditados a **31 de diciembre de 2017**, de los integrantes del grupo proponente, ponderando el valor del patrimonio neto establecido para cada integrante del grupo por su porcentaje de participación en el consorcio o unión temporal.

Los indicadores financieros relacionados en el numeral 4.3.2.1 del presente estudio de conveniencia, fueron determinados según los resultados de las formulas aplicadas por el Grupo Financiero de la Seccional Sanidad Santander, según oficio **S-2019-012153-DESAN de fecha 06 de febrero de 2019**. Lo que permite garantizar no solo la transparencia del proceso, sino también la pluralidad de oferentes interesados.

Por tanto, la oferta que no cumpla con los indicadores establecidos, no continuará con el proceso de evaluación.

5. CONDICIONES DEL CONTRATO

5.1 LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios de salud objeto del presente estudio previo, se prestarán en las instalaciones ofrecidas por el Contratista y que sean aprobadas por la Seccional Sanidad Santander, en el municipio de Bucaramanga o su área metropolitana.

5.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

La forma de ejecución del presente contrato procederá por evento.

Para la prestación de servicios médicos, el CONTRATISTA deberá contar con la autorización escrita y exclusiva de la **Oficina de Referencia y Contra-referencia de la Seccional Sanidad Santander** y deberán respetarse las limitaciones descritas en las especificaciones técnicas mínimas.

Así mismo y para efectos de facilitar la ejecución del contrato, la Seccional Sanidad Santander da aplicación a las disposiciones dispuestas en el Decreto 4747 de 2007 *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*, junto con las establecidas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008.

Por ello en lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008, ésta Seccional, ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación:

Por página Web:

- página: **201.221.132.98:8081 (aplicativo de referencia y contra referencia)**
correo: **referenciasanidadsantander@gmail.com**
- Verificación de Derechos ADRES

La verificación de derechos (Según el Decreto 4747 de 2007) la realiza la entidad, previo al diligenciamiento de cualquiera de los anexos, para esto solo basta con realizar la consulta en el **link afiliaciones**. Así mismo es importante que la entidad realice la verificación en la página de la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud ADRES –anterior Fosyga-, realizando los respectivos reportes.

Adicionalmente los aseguradores y prestadores con los cuales se tiene relación contractual, deben tener en cuenta los parámetros establecidos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad, con el fin de verificar el tipo de afiliación del usuario, con el carnet y su documento de identidad.

Nota 1: Se aclara que la Dirección de Sanidad continua implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el acuerdo 002 de abril del 2001 y acuerdo 052 del 2013.

5.3 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Desde la entrega de la carta de inicio de ejecución de contrato hasta el **31 de diciembre de 2019** ó hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero.

5.4 FORMA DE PAGO

La Seccional Sanidad Santander efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Seccional Sanidad Santander para efectuar el pago. Estos documentos

soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO**, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete la SECCIONAL SANIDAD SANTANDER serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

PARAGRAFO PRIMERO: Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS ASI:

Enviar la facturación los diez (10) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Seccional Sanidad Santander, ubicada en la Avenida 61 No. 10-200 Ciudadela Real de Minas de la Ciudad de Bucaramanga, con los siguientes soportes:

- a. Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente.
- b. Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO**.
- c. **Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Seccional Sanidad Santander adicionando los siguientes documentos:**
 - ✓ RIPS en medio magnético correspondientes a la facturación presentada.
 - ✓ Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes.
 - ✓ Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documentos de identidad del usuario (carné en copia por ambas caras o constancia vigente, cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil).
 - ✓ Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN.
- d. Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica presentada.
- e. Los servicios de **ALTO COSTO** deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas.
- f. Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera la Seccional Sanidad Santander para realizar la auditoria respectiva.
- g. En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Los RIPS deberán ser presentados en medio magnético mensualmente y deben corresponder a la facturación que se está radicando.
- h. **Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado** según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila.
- i. Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal.
- j. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.

CAUSALES DE NO PAGO

- Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Seccional Sanidad Santander.
- Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.
- Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.
- **LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.**
- Para las actividades programadas como consulta externa, la autorización debe ser expedida con fecha anterior o igual a la fecha de prestación del servicio. Serán objeto de glosa los servicios prestados con autorizaciones posteriores a la fecha de prestación del servicio.
- La atención del evento adverso prevenible o evitable, 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 cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado.
- Todo bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN y aprobado por esa instancia del Nivel Central.
Nota: Se aclara que la Dirección de Sanidad continua implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 052 del 2013 del SSMP y específicamente para las solicitudes por Comité Técnico Científico CTC.
- Todo bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN.
- Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

OBJECIONES Y GLOSAS.

DECRETO 4747/2007 Artículo 23. Trámite de glosas. Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la Seccional Sanidad Santander, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago.

La respuesta de glosa deberá ser presentada de forma integral según la totalidad de las glosas presentadas por cada radicado. Aquellas glosas que no sean respondidas de acuerdo a esto o según los términos establecidos en la normatividad, se darán como automáticamente aceptadas por la IPS.

Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad.

5.5 SUPERVISOR DEL CONTRATO

El Supervisor del contrato será el **LIDER UNIFORMADO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER** ó quien haga sus veces ó a quien con posterioridad designe el Contratante, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a lo normado en la Ley 1474 de 2011 y conforme a lo establecido en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".

5.6 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones del contratista están descritas en el **ANEXO No. 11** del presente estudio previo.

5.7 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Las obligaciones de la Policía Nacional – Seccional Sanidad Santander están descritas en el **ANEXO No. 12** del presente estudio previo.

6. FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

La oferta deberá ser presentada de forma total. La Seccional Sanidad Santander podrá adjudicar parcialmente el presente proceso.

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

Ver **ANEXO No. 13 – ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS**, del presente estudio de conveniencia y oportunidad.


Teniente **ORLANDO RUDA HERNANDEZ**
Jefe grupo Asistencial SECSA

ESTUDIO DE MERCADO

1. ANALISIS DE LA DEMANDA.

La Seccional Sanidad Santander tiene la necesidad de contratar con una Entidad Prestadora de Servicios de Salud en la especialidad de servicios médicos DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGÍA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, debido a que en nuestra red propia la Clínica Regional del Oriente, no contamos con la capacidad tecnológica ni científica, para dar cobertura en el servicio de Oftalmología de III nivel y exámenes especializados en esta rama, toda vez que se ha visto el incremento en la frecuencia de patologías visuales en los usuarios del Subsistema de Salud de esta Seccional, en los diferentes grupos etarios, donde encontramos entre otras: cataratas, glaucoma, problemas de retina y córnea, patologías secundarias a diabetes, desprendimiento de retina, astigmatismos, miopía, estrabismo, entre otras.

Tomando en consideración que el espíritu de la Ley de Seguridad Social en Salud Colombiana es la Cobertura y Protección del Riesgo de la población usuaria del sistema (Ley 100 de 1993, 1722 de 2007 y 1438 de 2011), lo cual se hará por parte de las entidades que integran el régimen y que en esta reciben la denominación de Empresas Promotoras de Salud (E.P.S.), y que la Dirección de Sanidad (DISAN) según el Artículo 18 del Decreto 1795 de 2000, es dentro del Subsistema de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (S.S.M.P.), la encargada de Administrar e Implementar las políticas que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (CSSMP) asumiendo el papel de E.P.S., al igual que los Planes y Programas que coordine con el Comité de Salud de la Policía Nacional y que como cualquier E.P.S. es la que cubre el riesgo de sus usuarios (afiliados y beneficiarios); además que este ente jurídico está conformado por Regionales y Seccionales para poder disponer de una red completa nacional que proporcione amparo en salubridad a los usuarios de todo el país y que para el caso del Departamento de Santander es la Seccional Sanidad Santander (SECSA DESAN) la que debe contratar, regular, organizar, proveer y controlar los servicios requeridos para proporcionar a la población usuaria una protección del riesgo asegurado y el restablecimiento de su estado de salud perdido por enfermedades y/o eventos catastróficos.

Que los servicios a prestar a los usuarios adscritos al Subsistema de Salud, están identificados en el Manual de Actividades Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS), para la ATENCIÓN INTEGRAL EN SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD en la jurisdicción y dar cumplimiento al Plan de Beneficios de la Policía Nacional, según Decreto 1795 de 2000 "Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"; Capítulo II RÉGIMEN DE BENEFICIOS; ARTICULO 27, y el ACUERDO 002 de 2001 del Consejo Superior De Salud De Las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional "Plan De Beneficios De Sanidad Policial.

Los servicios requeridos para nuestros usuarios incluyen: LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA (RETINA, GLAUCOMA, OCULOPLASTIA, CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR), procedimientos diagnósticos y terapéuticos de OFTALMOLOGÍA, incluidos: CIRUGÍAS DE CATARATAS, ANGIOGRAFÍAS, TOPOGRAFÍAS CORNEALES, CAMPOS VISUALES.

Se hace imprescindible realizar una contratación que supla dicha necesidad y garantizar la atención de los usuarios de forma oportuna, continua e ininterrumpida, logrando un adecuado tratamiento y recuperación del estado de Salud del paciente. Con el ánimo de ampliar la oferta de servicios de Salud con que cuenta en la jurisdicción la Clínica Regional del Oriente - Seccional de Sanidad Santander, se requiere contratar el servicio médico DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGÍA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, en la ciudad de Bucaramanga.

De acuerdo con lo anterior, la necesidad recurrente de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, asignados a la Seccional Sanidad Santander para dar cumplimiento a este beneficio se plantean las siguientes opciones:

- Adquirir mediante un proceso de contratación, la prestación servicio médicos DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGÍA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA.
- No prestar dicho servicio de salud, se estaría vulnerando de manera transversal los principios fundamentales y cada uno de sus preceptos, contemplado en la ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, reglamenta, garantiza y establece el derecho a la salud.

Se proyectó que dicha contratación de prestación de servicios médicos se debe realizar en el mes marzo de 2019, con un plazo de ejecución desde la entrega de la carta de inicio de ejecución de contrato hasta el 31 de diciembre 2019 ó hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero.

2. ANALISIS DE LA OFERTA DEL MERCADO**2.1 DESCRIPCIÓN MERCADO**

En Bucaramanga y su área metropolitana, existen Instituciones prestadoras de salud especializadas en estos servicios, encontrándose entre ellos a la FOSCAL, IMOC, CEDCO. Estas IPS han venido ofertando sus servicios con el transcurrir de los años, llevando a la consolidación de las mismas, generando confiabilidad en la población en general. De acuerdo a lo anterior, es viable inferir que hay variedad de empresas, cuya competencia puede generar beneficios económicos a la hora de ofertar los servicios

- a) **ANÁLISIS DEL SECTOR:** Las entidades que ofrecen el servicio, pertenecen al sector Salud, sector en el que se presentan variables para la determinación de precios tales como oferta de especialistas; equipos especializados; habilitación de las instalaciones; insumos médicos, etc. El análisis del sector se realizó en el área metropolitana de Bucaramanga con entidades dedicadas a la prestación de servicios de medicina especializada de OFTALMOLOGIA, habiendo solicitado cotización a las entidades, antes señaladas.
- b) **IDENTIFICACION DEL PROVEEDOR:** Los posibles proveedores deberán ser prestadores de servicios de salud debidamente habilitados por la Secretaría de Salud para los servicios requeridos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad. Son

entidades de carácter privado, domiciliadas en la ciudad de Bucaramanga, que cuentan con la infraestructura y el personal para satisfacer la necesidad de la Seccional Sanidad Santander.

- 1. INSTITUTO MEDICO Y OFATLMOLOGICO DE COLOMBIA (IMOC): Carrera 31 No. 52 – 19 TEL. (7) 6471205
- 2. CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR (CEDCO): Calle 48 No. 27 - 49 TEL. 6972486

- c) **PRECIOS DE MERCADO:** Los manuales tarifarios ISS 2001 y SOAT son utilizados por algunas Instituciones prestadoras de salud – IPS- para realizar los cobros por los servicios suministrados, y se basan para hacer las cotizaciones y fijan unos valores en pesos para cada procedimiento o CUPS, no obstante, de acuerdo al estudio de mercado que se ha generado para la evaluación del estudio previo se evidenció que ninguno cotizo según los manuales tarifarios por tal razón se analizaran las tarifas propias ofertadas.
- d) **ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DE COSTO:** Por tratarse de un proceso de prestación de servicios de salud este análisis no aplica.
- e) **COSTOS DE OPORTUNIDAD:** la oferta de servicios de oftalmología en el área metropolitana de Bucaramanga es aceptable, resultando benéfico para Sanidad Seccional Santander, concluyendo que los costos se van a encontrar en el margen de las tarifas techos.
- f) **VALORACION DE BENEFICIOS:** Es importante tener y contratar los servicios de oftalmología en el área metropolitana de Bucaramanga, para atender oportunamente las patologías y eventos de esta especialidad, en toda la población de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.
- g) **CONDICIONES DEL CONTRATO:** Este ítem fue descrito en el punto 5. CONDICIONES DEL CONTRATO del presente estudio de conveniencia y oportunidad.
- h) **COSTOS INDIRECTOS:** Los costos indirectos de la presente contratación para el posible proveedor se circunscriben a las pólizas de cumplimiento, calidad y pago de salarios y responsabilidad civil extracontractual entre otras
- i) **PROCEDENCIA Y DISPONIBILIDAD DE LOS BIENES:** Los bienes y servicios son de origen nacional y existe disponibilidad en el mercado nacional
- j) **MONEDA A CONTRATAR :**Se contratara en pesos colombianos

3. ANALISIS DE PRECIOS

3.1. PRECIOS REFERENCIA SECOP

ENTIDAD	OBJETO	NÚMERO DE CONTRATO	FECHA	VALOR	TARIFA
DEPARTAMENTO DE POLICIA DEURA – AREA DE SANIDAD	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN CONSULTA OFTALMOLOGÍA, OPTOMETRÍA Y CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA URABÁ	42-7-20042-17	31 AGOSTO 2017	\$ 25.800.000	SOAT 2017 MENOS 10%
DEPARTAMENTO DE POLICIA – AREA DE SANIDAD PUTUMAYO	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS EN MEDICINA ESPECIALIZADAEN SERVICIOS INTEGRALES, HUMANIZADOS Y DE ALTA COMPLEJIDAD, CON TECNOLOGIA DE PUNTA, EN EL AREA DE OTDALMOLOGIA CON SUBESPECIALIDAD EN EL AREA DE RETINA, CORNEA, GLAUCOMA, OCULOPLASTIA, OFTALMOPEDIATRA, CONSULTA EXTERNA, CONSULTA DE OPTOMETRIA, EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO CORRESPONDIENTE, CIRUGIAS PROGRAMADAS DE URGENCIAS, Y SERVICIOS AFINES QUE SE ENCUENTREN DENTRO DEL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL , PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL AREA DE SANIDAD PUTUMAYO	34-7-20034-17	17 DE OCTUBRE DE 2017	\$13.977.22.	SOAT 2017 +10%
POLICIA METROPOLITANA DE CUCUTA – AREA DE SANIDAD NORTE DE SANTANDER	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE COMPRENDEN CONSULTA POR LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA , ADEMAS LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O EN LAES PECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE OFTALMOLOGIA, PARA SER PRESTADOS DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER	75-7-20064-17	24/04/2017	\$ 110.000.000	TARIFAS TERECHO- % DESCUENTO
SENA-BOGOTÁ	CONTRATAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA TOMA DE EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO DE OFTALMOLOGÍA, SOLICITADOS PARA SEGMENTO ANTERIOR Y POSTERIOR DE OJO, SERVICIO SALAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DE LA REGIONAL DISTRITO CAPITAL, LA DIRECCIÓN GENERAL Y LA REGIONAL CUNDINAMARCA	2016-2018	20/07/2018	120.000.000	ISS +30%

ANALISIS: . Las tarifas y los servicios presentan gran diferencia con lo que se contrata en esta Seccional. Idealmente se podría tener en cuenta el tarifario SOAT Vigente, pero en nuestro medio por tratarse de entidades que son de larga trayectoria ofertando integralmente los servicios requeridos, empoderándose en el mercado Regional como los prestadores que cumplen con la totalidad de los servicios de esta especialidad, es difícil aproximarse a un tarifario único para esta especialidad y en particular las subespecialidades, ya que es común entre estas entidades manejar tarifas propias, descartando tarifas como ISS o SOAT. Por lo anterior no se tendrán en cuenta como antecedente para nuestro estudio.

VERSIÓN: 7 FECHA: 15-01-2016 CÓDIGO: 2BS-FR-0004 Página 12 de 73		PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS ESTUDIOS PREVIOS FORMATO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE	 POLICÍA NACIONAL

3.2 ANÁLISIS DE PRECIOS HISTÓRICOS

No	ACUER DO 002	Resolució n 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCIÓN 5171	VALOR UNITARIO 2016	VALOR UNITARIO PROYECTAD O 2016	VALOR UNITARIO 2017	VALOR UNITARIO PROYECTAD O 2017	VALOR UNITARIO 2018	VALOR UNITARIO PROYECTADO 2018	VALOR HISTÓRICO
1	82302	82302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS		0		0	380,026	392,111	392,111
2	82401	82406	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO		0		0	456,918	471,448	471,448
3	82501	82504	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS		0		0	521,625	538,213	538,213
4	82502	82504	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS		0		0	151,695	156,519	156,519
5	82503	82504	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS		0		0	147,167	151,847	151,847
6	83100	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	512,850	582,472	512,850	550,801	523,224	539,863	539,863
7	83200	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO		0		0	523,224	539,863	539,863
8	84200	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO		0		0	609,200	628,573	628,573
9	86103	86001	RECONSTRUCCION DE PÁRPADOS CON COLGAJO		0		0	629,920	649,951	649,951
10	86200	86001	RECONSTRUCCION DE PÁRPADOS CON COLGAJO	502,890	571,160	502,890	540,104	629,920	649,951	649,951
11	86300	86002	RECONSTRUCCION DE PÁRPADOS CON INJERTO		0		0	629,920	649,951	649,951
12	86400	86001	RECONSTRUCCION DE PÁRPADOS CON COLGAJO		0		0	629,920	649,951	649,951
13	87100	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACION TARSAL		0		0	457,521	472,070	472,070
14	87300	83801	CANTOTOMIA		0		0	457,521	472,070	472,070
15	87401	86003	RECONSTRUCCION DE PÁRPADOS POR LIBERACION DE COLGAJO		0		0	530,459	547,328	547,328
16	87402	83811	CORRECCION DE EPICANTO		0		0	530,459	547,328	547,328
17	88100	88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA		0		0	374,518	386,428	386,428
18	88402	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PÁRPADO	409,250	464,808	409,250	439,535	213,727	220,524	220,524
19	88403	88403	SUTURA DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	676,180	767,975	676,180	726,218	492,901	508,575	508,575
20	89102	89104	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)		0		0	121,950	125,828	125,828
21	91100	91101	BIOPSIA DE LA GLANDULA LAGRIMAL	88,490	100,503	88,490	95,038	81,936	84,542	84,542
22	91200	91201	BIOPSIA DE LA VIA LAGRIMAL	114,545	130,095	114,545	123,021	81,900	84,504	84,504
23	98101	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA	409,250	464,808	409,250	439,535	394,883	407,440	407,440
24	98103	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA		0		0	394,883	407,440	407,440
25	98201	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	499,900	567,764	499,900	536,893	296,700	306,135	306,135
26	98303	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA		0		0	472,246	487,263	487,263
27	102100	102101	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	114,545	130,095	114,545	123,021	81,936	84,542	84,542
28	103105	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO		0		0	301,801	311,398	311,398

No	ACUERDO 002	Resolución n 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	VALOR UNITARIO 2016	VALOR PROYECTADO O 2016	VALOR UNITARIO 2017	VALOR PROYECTADO O 2017	VALOR UNITARIO 2018	PROYECTADO 2018	VALOR HISTÓRICO PROYECTADO A TOMAR
29	103105	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO		0		0	301,801	311,398	311,398
30	103108	103108	PERITOMIA TOTAL	125,695	142,759	125,695	134,997	95,817	98,864	98,864
31	103201	103201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA	125,695	142,759	125,695	134,997	491,817	507,457	507,457
32	103202	103202	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA	154,905	175,934	154,905	166,368	130,608	134,761	134,761
33	104100	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	462,940	525,787	462,940	497,198	374,518	386,428	386,428
34	104400	104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	462,940	525,787	462,940	497,198	468,148	483,035	483,035
35	106100	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA	125,695	142,759	125,695	134,997	176,073	181,672	181,672
36	110000	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN Córnea	18,480	20,989	18,480	19,848	300,000	309,540	309,540
37	111100	111002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN Córnea	230,410	261,689	230,410	247,460	169,280	174,663	174,663
38	111200	111201	DRENAJE DE COLECCIONES EN Córnea	30,905	35,101	30,905	33,192	58,500	60,360	60,360
39	112100	112101	FROTIS DE Córnea		0		0	103,500	106,791	106,791
40	112200	112201	BIOPSIA DE Córnea	155,430	176,531	155,430	166,932	111,132	114,666	114,666
41	114100	114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE Córnea	230,410	261,689	230,410	247,460	191,361	197,446	197,446
42	114200	114202	CAUTERIZACION DE Córnea ASISTIDA	125,695	142,759	125,695	134,997	474,410	489,496	489,496
43	115100	115306	SUTURA DE Córnea	410,640	466,387	410,640	441,028	176,073	181,672	181,672
44	115200	115201	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA CORNEAL	457,770	519,915	457,770	491,645	457,521	472,070	472,070
45	115300	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	797,910	906,231	797,910	856,956	415,888	429,113	429,113
46	115301	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	645,000	732,562	645,000	692,730	422,004	435,424	435,424
47	115302	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	645,000	732,562	645,000	692,730	422,004	435,424	435,424
48	115303	115305	REPARACION DE PERFORACION DE Córnea	797,910	906,231	797,910	856,956	422,004	435,424	435,424
49	115304		REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL		0		0	409,772	422,803	422,803
50	115800	115801	RETIRO DE SUTURA EN Córnea	125,695	142,759	125,695	134,997	100,173	103,359	103,359
51	116100	116101	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR MANUAL		0		0	4,000,000	4,127,200	4,127,200
52	116200	116201	QUERATOPLASTIA PENETRANTE MANUAL		0		0	4,000,000	4,127,200	4,127,200
53	116300	116201	QUERATOPLASTIA PENETRANTE MANUAL		0		0	4,050,000	4,178,790	4,178,790
54	116400	116401	ESCLEROQUERATOPLASTIA		0		0	651,816	672,544	672,544
55	117300	117301	IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA (QUERATOPROTESIS) TEMPORAL	512,850	582,472	512,850	550,801	1,155,000	1,191,729	1,191,729
56	117500	117501	QUERATECTOMIA FOTOREFRACTIVA MÁS QUERATOMILEUSIS MANUAL		0		0	690,000	711,942	711,942
57	117600	115308	QUERATECTOMIA ASISTIDA	230,410	261,689	230,410	247,460	220,801	227,822	227,822
58	117700	115308	QUERATECTOMIA ASISTIDA EXCIMER LASER		0		0	2,125,200	2,192,781	2,192,781
59	117800	117800	TERMOQUERATOPLASTIA SOD		0		0	5,360,000	5,530,448	5,530,448
60	120000	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	444,820	505,207	444,820	477,737	330,113	340,611	340,611
61	121100	121101	IRIDOTOMIA MANUAL		0		0	154,000	158,897	158,897
62	121200	121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA	226,410	257,146	226,410	243,164	222,278	229,346	229,346
63	121301	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS	323,785	367,741	323,785	347,745	370,232	382,005	382,005
64	121302	121302	ESCISION DE IRIS PROLAPSADO		0		0	651,816	672,544	672,544

No	ACUERDO 002	Resolución n° 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCIÓN 5171	VALOR UNITARIO 2016	VALOR UNITARIO PROYECTADO 2016	VALOR UNITARIO 2017	VALOR UNITARIO PROYECTADO 2017	VALOR UNITARIO 2018	VALOR UNITARIO PROYECTADO 2018	VALOR HISTÓRICO A TOMAR
65	121400	121401	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)	0	0	0	299,897	309,434	309,434	
66	122200	122201	BIOPSIA DE IRIS	201,260	228,582	201,260	216,153	143,901	148,477	148,477
67	122300	122301	BIOPSIA DE ESCLERÓTICA	155,430	176,531	155,430	166,932	111,132	114,666	114,666
68	122400	122401	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR	201,260	228,582	201,260	216,153	143,901	148,477	148,477
69	123001	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	457,770	519,915	457,770	491,645	222,278	229,346	229,346
70	123002	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	226,410	257,146	226,410	243,164	180,438	186,176	186,176
71	123101	123201	LISIS DE GONIOSINEQUIAS	0	0	0	0	289,252	298,450	298,450
72	123102	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	0	0	0	0	147,400	152,087	152,087
73	123300	123203	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES	0	0	0	0	293,505	302,838	302,838
74	123400	123401	REPARACIÓN O SUTURA DE IRIDODIALISIS	457,770	519,915	457,770	491,645	338,998	349,778	349,778
75	123500	123501	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	230,410	261,689	230,410	247,460	157,014	162,007	162,007
76	123701	123501	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	230,410	261,689	230,410	247,460	157,014	162,007	162,007
77	124101	124102	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS	226,410	257,146	226,410	243,164	149,625	157,103	157,103
78	124201	124201	RESECCIÓN DE TUMOR DE IRIS	457,770	519,915	457,770	491,645	334,085	344,709	344,709
79	124202	124202	IRIDOCISTECTOMÍA	0	0	0	0	203,090	209,548	209,548
80	124203	124203	ESCISIÓN DE LESIÓN DE IRIS	0	0	0	0	403,000	415,815	415,815
81	124301	124303	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA INTERNA	226,410	257,146	226,410	243,164	300,000	309,540	309,540
82	124401	124401	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR EN CUERPO CILIAR	512,850	582,472	512,850	550,801	374,518	386,428	386,428
83	124402	124402	IRIDOCICLECTOMÍA	0	0	0	0	200,146	206,511	206,511
84	124403	124403	ESCISIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR	0	0	0	0	651,816	672,544	672,544
85	125100	125101	GONOTOMÍA	360,135	409,025	360,135	386,785	232,110	239,491	239,491
86	125500	125501	CICLODIALISIS (DESINSECCIÓN PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)	125,695	142,759	125,695	134,997	188,323	194,312	194,312
87	126400	126403	TRABECULECTOMÍA CONVENCIONAL	715,030	812,099	715,030	767,943	851,191	878,259	878,259
88	126401	126301	TRABECULECTOMÍA AB-EXTERNO	715,030	812,099	715,030	767,943	851,191	878,259	878,259
89	126601	126601	REVISIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE	0	0	0	0	398,034	410,691	410,691
90	126602	126602	SUTURA DE COMPRESIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE	0	0	0	0	173,521	179,039	179,039
91	126603	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	0	0	0	0	293,356	302,685	302,685
92	126604	126604	LIBERACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE VENTANA FILTRANTE ASISTIDA	0	0	0	0	184,250	190,109	190,109
93	126605	126605	REVISIÓN POSTOPERATORIA DE FISTULIZACIÓN ESCLERAL	0	0	0	0	365,761	377,392	377,392
94	126700	126702	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	715,030	812,099	715,030	767,943	1,051,558	1,084,998	1,084,998
95	126705	126705	REVISIÓN ANTERIOR DE TUBO DE DISPOSITIVO	499,900	567,764	499,900	536,893	376,519	388,492	388,492
96	126706	126706	REVISIÓN DE DISPOSITIVO CON OBSTRUCCIÓN POSTERIOR	499,900	567,764	499,900	536,893	371,140	382,942	382,942
97	128100	128101	SUTURA DE LA ESCLERA (ESCLERORRAFIA)	457,770	519,915	457,770	491,645	329,172	339,640	339,640
98	128200	128601	REVISIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE	620,890	705,179	620,890	666,836	884,400	912,524	912,524
99	128401	128401	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, VÍA ABIERTA	360,135	409,025	360,135	386,785	282,401	291,381	291,381
100	128402	128405	ABLACIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE LA ESCLERÓTICA	125,695	142,759	125,695	134,997	231,269	238,623	238,623
101	128403	128405	ABLACIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE LA ESCLERÓTICA	154,905	175,934	154,905	166,368	125,241	129,224	129,224
102	128404	128405	ABLACIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE LA ESCLERÓTICA	0	0	0	0	792,000	817,186	817,186
103	128800	128801	ESCLEPROPLASTIA SIMPLE	457,770	519,915	457,770	491,645	324,259	334,570	334,570
104	131100	130001	EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR DE CRISTALINO	512,850	582,472	512,850	550,801	671,070	692,410	692,410
105	132100	130002	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	0	0	0	0	671,070	692,410	692,410
106	132200	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	512,850	582,472	512,850	550,801	722,691	745,673	745,673

No	ACUERDO 002	Resolución n° 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCIÓN 5171	VALOR UNITARIO 2016	VALOR PROYECTADO 2016	VALOR UNITARIO 2017	VALOR PROYECTADO 2017	VALOR UNITARIO 2018	VALOR PROYECTADO 2018	VALOR HISTÓRICO PROYECTADO A TOMAR
107	132300	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	607,940	690,471	607,940	652,928	722,691	745,673	745,673
108	132400	130004	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	512,850	582,472	512,850	550,801	722,691	745,673	745,673
109	136400	136401	RESECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA MANUAL		0		0	640,000	660,352	660,352
110	136502	136505	CAPSULOTOMÍA ASISTIDA	226,410	257,146	226,410	243,164	222,278	229,346	229,346
111	136600	136600	FRAGMENTACIÓN MECÁNICA DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD		0		0	619,450	639,149	639,149
112	137100	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO		0		0	877,554	905,460	905,460
113	137200	137003	INSERCIÓN DELENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	457,770	519,915	457,770	491,645	877,554	905,460	905,460
114	138100	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	457,770	519,915	457,770	491,645	702,043	724,368	724,368
115	140000	147406	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	740,770	841,334	740,770	796,587	560,463	578,286	578,286
116	141101	169006	INYECCIÓN INTRAVIDEA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA	605,000	687,132	605,000	649,770	500,000	515,900	515,900
117	141102	169006	INYECCIÓN INTRAVIDEA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA		0		0	1,056,000	1,089,581	1,089,581
118	142101	142004	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL (CRIOTERAPIA)		0		0	464,152	478,912	478,912
119	142300	142004	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL (FOTOCOAGULACIÓN)		0		0	457,521	472,070	472,070
120	143100	143401	REPARACIÓN ASISTIDA DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA	620,890	705,179	620,890	666,836	497,306	513,120	513,120
121	143101	143401	REPARACIÓN ASISTIDA DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA	620,890	705,179	620,890	666,836	737,306	760,752	760,752
122	143300	143402	REPARACIÓN ASISTIDA DE LESIÓN RETINAL VÍA INTERNA	502,890	571,160	502,890	540,104	484,044	499,437	499,437
123	144100	147402	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE MEMBRANA SECUNDARIA	620,890	705,179	620,890	666,836	963,600	994,242	994,242
124	144101	143501	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL	965,530	1,096,606	965,530	1,036,980	1,042,520	1,075,672	1,075,672
125	144102	143501	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL		0		0	1,244,800	1,284,385	1,284,385
126	144103	143501	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL		0		0	1,073,640	1,107,782	1,107,782
127	144104	143501	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL		0		0	1,042,520	1,075,672	1,075,672
128	145100	147403	VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA	620,890	705,179	620,890	666,836	963,600	994,242	994,242
129	145101	143401	REPARACIÓN ASISTIDA DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA		0		0	442,172	456,233	456,233
130	145102	143402	REPARACIÓN ASISTIDA DE LESIÓN RETINAL VÍA INTERNA		0		0	884,400	912,524	912,524
131	145300	143402	REPARACIÓN ASISTIDA DE LESIÓN RETINAL VÍA INTERNA	502,890	571,160	502,890	540,104	963,600	994,242	994,242
132	146100	147405	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL	556,755	632,338	556,755	597,955	447,986	462,232	462,232
133	146101	147104	VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL	556,755	632,338	556,755	597,955	1,821,600	1,879,527	1,879,527
134	146102	147104	VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL	556,755	632,338	556,755	597,955	1,821,600	1,879,527	1,879,527
135	147100	147101	VITRECTOMÍA ANTERIOR	676,180	767,975	676,180	726,218	1,155,000	1,191,729	1,191,729
136	147301	147101	VITRECTOMÍA ANTERIOR	676,180	767,975	676,180	726,218	1,155,000	1,191,729	1,191,729
137	147401	147401	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICON O GASES	1,806,395	2,051,623	1,806,395	1,940,069	2,376,000	2,451,557	2,451,557
138	147402	147402	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	939,855	1,067,446	939,855	1,009,405	2,640,000	2,723,952	2,723,952
139	146103	147104	VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL		0		0	2,376,000	2,451,557	2,451,557
140	150100	150101	BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR	125,695	142,759	125,695	134,997	82,959	85,597	85,597
141	152100	152001	ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR	778,065	883,692	778,065	835,642	291,077	300,333	300,333

No	ACUERDO 002	Resolución n 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCIÓN 5171	VALOR UNITARIO 2016	VALOR PROYECTADO 2016	VALOR UNITARIO 2017	VALOR PROYECTADO 2017	VALOR UNITARIO 2018	VALOR PROYECTADO 2018	VALOR HISTÓRICO PROYECTADO A TOMAR
142	152200	152003	ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR	778,065	883,692	778,065	835,642	291,077	300,333	300,333
143	154100	152003	ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR	778,065	883,692	778,065	835,642	808,798	834,518	834,518
144	154101	154003	RETROINSECCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	778,065	883,692	778,065	835,642	808,798	834,518	834,518
145	154102	154004	RETROINSECCIÓN DE MÚSCULOS OBLICUOS	778,065	883,692	778,065	835,642	808,798	834,518	834,518
146	154103	154003	RETROINSECCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	778,065	883,692	778,065	835,642	808,798	834,518	834,518
147	154104	152001	ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR	778,065	883,692	778,065	835,642	808,798	834,518	834,518
148	155100	154005	ANTERIOINSECCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	0	0	0	0	808,798	834,518	834,518
149	160100	160101	ORBITOTOMÍA CON COLGADO ÓSEO	0	0	0	0	808,798	834,518	834,518
150	160200	160201	ORBITOTOMÍA CON INSECCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL	607,940	690,471	607,940	652,928	2,010,000	2,073,918	2,073,918
151	161100	161101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ÓRBITA	607,940	690,471	607,940	652,928	1,800,000	1,857,240	1,857,240
152	162200	162201	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA EN ÓRBITA	201,260	228,582	201,260	216,153	1,650,000	1,702,470	1,702,470
153	162300	162301	BIOPSIA DE PARED DE ÓRBITA	201,260	228,582	201,260	216,153	1,650,000	1,702,470	1,702,470
154	163100	163002	EVISERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE	616,630	700,341	616,630	662,261	671,331	692,679	692,679
155	164100	164001	ENUCLEACIÓN SIMPLE	686,055	779,191	686,055	736,823	661,601	682,640	682,640
156	164200	164004	ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMOGRASO	842,375	956,732	842,375	904,711	603,225	622,408	622,408
157	165100	165001	EXENTERACIÓN DE LA ÓRBITA	607,940	690,471	607,940	652,928	1,800,000	1,857,240	1,857,240
158	166100	166101	FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	512,850	582,472	512,850	550,801	379,500	391,568	391,568
159	166101	166101	INSECCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS CON FORMACIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	512,850	582,472	512,850	550,801	379,500	391,568	391,568
160	166300	166301	REVISIÓN E INSECCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO	0	0	0	0	360,382	371,842	371,842
161	168100		REPARACIÓN DE HERIDA DE ORBITA SOD	360,135	409,025	360,135	386,785	1,800,000	1,857,240	1,857,240
162	168302	168302	RECONSTRUCCIÓN DE ORBITA	0	0	0	0	2,070,000	2,135,826	2,135,826
163	168402	168402	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA LATERAL	1,068,705	1,213,788	1,068,705	1,147,790	1,920,000	1,981,056	1,981,056
164	168403	168403	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR O MEDIAL VÍA ENDOSCÓPICA	1,068,705	1,213,788	1,068,705	1,147,790	1,920,000	1,981,056	1,981,056
165	168405	168405	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR O MEDIAL VÍA ABIERTA	1,216,865	1,382,061	1,216,865	1,306,914	1,800,000	1,857,240	1,857,240
166	169201	169201	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE ÓRBITA	607,940	690,471	607,940	652,928	1,800,000	1,857,240	1,857,240
167	169202	169202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE ÓRBITA	410,640	466,387	410,640	441,028	1,800,000	1,857,240	1,857,240
168	169204	169204	DRENAJE DE COLECCIÓN POSTERIOR DE ÓRBITA	512,850	582,472	512,850	550,801	1,800,000	1,857,240	1,857,240
169	169205	169205	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ORBITA	0	0	0	0	651,816	672,544	672,544
170	890276	890276	CONSULTA DE OPTOMETRÍA	0	0	0	0	22,500	23,216	23,216
171	890376	890376	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)	12,510	14,208	12,510	13,436	30,000	30,954	30,954
172	950101	950101	EVALUACIÓN ORTÓPTICA	4,640	5,270	4,640	4,983	29,250	30,180	30,180
173	950505	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADA	53,735	61,030	53,735	57,711	47,789	49,309	49,309
174	950610	950610	RECuento de células endoteliales	0	0	0	0	72,000	74,290	74,290
175	951101	951103	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	20,900	23,737	20,900	22,447	26,565	27,410	27,410
176	951200	951203	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	77,255	87,743	77,255	82,972	71,423	73,694	73,694
177	951203	951203	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	0	0	0	0	70,470	72,711	72,711
178	951301	951302	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	55,915	63,506	55,915	60,053	53,625	55,330	55,330
179	951500	951501	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	29,595	33,613	29,595	31,785	32,970	34,018	34,018

No	ACUER DO 002	Resolucio n 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGUN LA RESOLUCION 5171	VALOR UNITARIO 2016	VALOR UNITARIO PROYECTAD O 2016	VALOR UNITARIO 2017	VALOR UNITARIO PROYECTAD O 2017	VALOR UNITARIO 2018	VALOR UNITARIO PROYECTADO 2018	VALOR HISTORICO PROYECTADO A TOMAR
180	952000	952001	BIOMETRIA OCULAR	29,595	33,613	29,595	31,785	34,500	35,597	35,597
181	952301	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	49,895	56,669	49,895	53,587	101,750	104,986	104,986
182	952500	952501	PAQUIMETRIA		0		0	27,650	28,529	28,529
183	952601	952601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	162,990	185,117	162,990	175,051	308,000	317,794	317,794
184	953400	953401	ADAPTACION DE PROTESIS OCULAR	605,000	687,132	605,000	649,770	1,320,000	1,361,976	1,361,976
185	953501	953501	TERAPIA ORTOPTICA	4,640	5,270	4,640	4,983	22,500	23,216	23,216
186	953502	953501	TERAPIA ORTOPTICA	12,510	14,208	12,510	13,436	22,500	23,216	23,216
187	146100- 2	146103	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO		0		0	412,147	425,253	425,253
188	890202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)	12,510	14,208	12,510	13,436	60,000	61,908	61,908
189	890202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)	12,510	14,208	12,510	13,436	35,000	36,113	36,113
190	890202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)	12,510	14,208		0	60,000	61,908	61,908
191	890202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)	12,510	14,208	12,510	13,436	35,000	36,113	36,113
192	890202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROFTALMOLOGIA)	12,510	14,208	12,510	13,436	60,000	61,908	61,908
193	890202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)	12,510	14,208	12,510	13,436	35,000	36,113	36,113
194	890202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)	12,510	14,208	12,510	13,436	40,000	41,272	41,272
195	890302	890376	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)	12,510	14,208	12,510	13,436	60,000	61,908	61,908
196	890302	890376	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)	12,510	14,208	12,510	13,436	28,000	28,890	28,890
197	890302	890376	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)	12,510	14,208		0	28,000	28,890	28,890
198	890302	890376	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)	12,510	14,208	12,510	13,436	35,000	36,113	36,113
199	890302	890376	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROFTALMOLOGIA)	12,510	14,208	12,510	13,436	60,000	61,908	61,908
200	890302	890376	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PLASTIA OCULAR)	12,510	14,208	12,510	13,436	25,000	25,795	25,795
201	890302	890376	CONSULTA DE POR MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)	12,510	14,208	12,510	13,436	35,000	36,113	36,113
202	890307	890207	CONSULTA DE OPTOMETRIA (CONTACTOLOGIA)		0		0	28,000	28,890	28,890
203	890307	890207	CONSULTA DE OPTOMETRIA		0		0	22,750	23,473	23,473
204	NO POS 1	951503	ABERROMETRIA OCULAR		0		0	28,470	29,375	29,375
205	NO POS 2	951503	ABERROMETRIA OCULAR		0		0	56,940	58,751	58,751
206	NO POS 3	951901	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR AO		0		0	160,000	165,088	165,088
207	NO POS 4	PROPIO	IOL MASTER UN SOLO OJO		0		0	53,820	55,531	55,531
208	NO POS	PROPIO	IOL MASTER DE AMBOS OJOS		0		0	104,520	107,844	107,844

No	ACUER DO 002	Resolucio n 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGUN LA RESOLUCION 5171	VALOR UNITARIO 2016	VALOR PROYECTAD O 2016	VALOR UNITARIO 2017	VALOR PROYECTAD O 2017	VALOR UNITARIO 2018	VALOR PROYECTADO 2018	VALOR HISTORICO A TOMAR
	5									
209	NO POS 6	PROPIO	TEST DE FRANSCWORTH	0	0	0	53,820	55,531	55,531	
210	NO POS 7	PROPIO	TEST DE HESS LANCASTER	0	0	0	53,820	55,531	55,531	
211	NO POS 8	PROPIO	TEST DE SENSIBILIDAD AL CONTRASTE EN AMBOS OJOS	0	0	0	40,000	41,272	41,272	
212	NO POS 9	PROPIO	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION (PENTACAM) UN OJO	0	0	0	160,000	165,088	165,088	
213	NO POS 10	PROPIO	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION (PENTACAM) AO	0	0	0	80,000	82,544	82,544	
214	NO POS 11	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR (MACULA Y FIBRA) AO	0	0	0	160,000	165,088	165,088	
215	NO POS 12	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR UN OJO	0	0	0	80,000	82,544	82,544	
216	NO POS 13	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR (CORNEA) UN OJO	0	0	0	80,000	82,544	82,544	
217	NO POS 14	952101	ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL		0		296,000	305,413	305,413	
218	NO POS 15	890276	CICLOPEJIA	12,510	14,208	12,510	13,436	21,250	21,926	21,926
219	NO POS 16	952602	CURVA DE PRESION INTRAOCULAR (DIURNA O 24 HORAS)		0		0	36,000	37,145	37,145
220	168406	168406	DESCOMPRESION DE ORBITA		0		0	0	0	0
221	168404	168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OUGRA) VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		0		0	0	0	0
222	126700	126702	INSERCIÓN DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD		0		0	0	0	0
223	123003	123003	IRIDOPLASTIA		0		0	0	0	0
224	154104	154104	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES		0		0	0	0	0
225	154102	154102	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)		0		0	0	0	0
226	154103	154003	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO		0		0	0	0	0
227	154101	154101	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)		0		0	0	0	0
228	NO POS 17	951503	OCT SEGMENTO POSTERIOR (MACULA Y FIBRA)		0		0	0	0	0
229	VIM		VALOR DE LOS INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL %		0		0	PRECIO DE COMPRA MAS EL 8%	PRECIO DE COMPRA MAS EL 8%	PRECIO DE COMPRA MAS EL 8%
230	VMO		VALOR DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL %		0		0	0	0	0
231	VDM		VALOR DE MEDICAMENTOS EN PROCEDIMIENTOS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL %		0		0	0	0	0

ANÁLISIS: Para tomar el valor histórico de referencia se realizó análisis económico con los contratos realizados en los últimos tres años, donde se puede evidenciar que se ha contratado con tarifas propias para todos los procedimientos, como valor histórico de referencia se tomó la proyección del contrato que finalizó en enero del 2019, toda vez que son los valores mas actualizados y se incrementos de acuerdo al IPC.

3.3. ANÁLISIS PRECIOS DE MERCADO

Se solicitaron cotizaciones a diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y empresas que se consideró que podrían prestar el servicio:

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 CEDCO	VALOR COTIZACION 2 IMOC	VALOR MENOR
1	82302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PAPIRO ESPESOR PARCIAL DOS TERCIOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	082302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PAPIRO ESPESOR PARCIAL DOS TERCIOS	750,000	715,991	715,991
2	82401	RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	082401	RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	1,050,000	860,860	860,860
3	82501	ABLACION DE LESION DE PAPIROS POR DIA TERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	82504	ABLACION DE LESION DE PAPIROS POR DIA TERMIA O CRIOTERAPIA	145,178	1,228,731,	145,178
4	82502	ABLACION DE LESION DE PAPIROS POR LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	82504-1	ABLACION DE LESION DE PAPIROS POR LASER	145,178	294,333	145,178
5	82503	ABLACION DE LESION DE PAPIROS POR MEDIOS QUIMICOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	82504-2	ABLACION DE LESION DE PAPIROS POR MEDIOS QUIMICOS	145,178	294,333	145,178
6	83100	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA SOD	650,000	715,991	650,000
7	83200	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATAS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	83001-1	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATAS SOD	650,000	715,991	650,000
8	84200	CORRECCION DE ENTROPION CON INJERTO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	83602	CORRECCION DE ENTROPION CON INJERTO SOD	923,031	1,199,940	923,031
9	86103	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	86001	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL	1,050,000	861,996	861,996
10	86200	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	86001-1	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	663,074	861,996	663,074
11	86300	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	86002	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO SOD	663,074	861,996	663,074
12	86400	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON COLGAJO TARSOCOMUNITAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	86001-2	RECONSTRUCCION DE PAPIRO CON COLGAJO TARSOCOMUNITAL SOD	663,074	861,996	663,074
13	87100	RECONSTRUCCION DE PLEQUES POR ACORTAMIENTO DE TENDON CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	83807	RECONSTRUCCION DE PLEQUES POR ACORTAMIENTO DE TENDON CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD	663,074	861,996	663,074
14	87300	RECONSTRUCCION DE BLEFAROFIMOSIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	83801	RECONSTRUCCION DE BLEFAROFIMOSIS SOD	663,074	861,996	663,074
15	87401	RECONSTRUCCION DE PLEQUES EN CUATRO COLGAJOS [MUSTARDE]	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	86003	RECONSTRUCCION DE PLEQUES EN CUATRO COLGAJOS [MUSTARDE]	850,000	861,996	850,000
16	87402	RECONSTRUCCION DE PLEQUES EN CORRECCION DE EPICANTO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	83811	RECONSTRUCCION DE PLEQUES EN CORRECCION DE EPICANTO	1,050,000	861,996	861,996

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1	VALOR COTIZACION 2	VALOR MENOR
17	88100	REPARACION LINEAL DE LA CERACION DE PAPPADO O CEJA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS	088100	REPARACION LINEAL DE LA CERACION DE PAPPADO O CEJA SOD	550,762	715,991	550,762
18	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PAPPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]	450,000	408,597	408,597
19	88403	RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS	88403	SUTURA DE PAPPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO +	724,855	942,312	724,855
20	89102	ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS	89104	ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER	200,000	271,434	200,000
21	91100	BIOPSIA DE GLANDULA LAGRIMAL SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	91101	BIOPSIA DE GLANDULA LAGRIMAL SOD	126,055	163,872	126,055
22	91200	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	91201	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO LAGRIMAL SOD	126,000	163,800	126,000
23	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) VIA EXTERNA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS DEBE CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR, TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) VIA EXTERNA	650,000	551,987	551,987
24	98103	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS	98101-1	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	650,000	551,987	551,987
25	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS DEBE CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR, TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	737,884	959,249	737,884
26	98303	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS DEBE CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR, TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)	98303	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION	737,884	959,249	737,884
27	102100	BIOPSIA DE CONJUNTIVA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS, SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	102101	BIOPSIA DE CONJUNTIVA SOD	126,055	163,872	126,055
28	103104	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS	103105	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	355,334	435,934	355,334
29	103105	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON PLASTIA LIBRE O CITOSTATICOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA INSUMOS	103105	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON PLASTIA LIBRE O CITOSTATICOS	355,334	435,934	355,334
30	103108	PERITOMIA TOTAL	VALORACION POST QCO, DERECHOS DE SALA, INSUMOS	103108	PERITOMIA TOTAL	145,178	188,731	145,178

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES \$171	PROCEIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 VALOR UNITARIO COTIZACION 2 IMOC	VALOR MENOR
31	103201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA POR DIATERMIA O CRIOCOAGULACION+	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	103204	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR DIATERMIA O CRIOCOAGULACION+	745,178	745,178
32	103202	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA POR FOTOCOAGULACION (LASER) + incluye: AQUELLA POR VARIAS CAUSAS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	103204-1	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR FOTOCOAGULACION (LASER) + incluye: AQUELLA POR VARIAS CAUSAS	178,915	178,915
33	104100	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	104100	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD	650,000	650,000
34	104400	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	104400	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAOCULAR SOD	550,762	550,762
35	106100	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	106100	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD	255,178	255,178
36	110000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CORNEA SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CORNEA SOD +	50,000	50,000
37	111100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA POR INCISION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	110002-1	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA POR INCISION SOD	318,934	318,934
38	111200	DRENAJE DE COLECCION EN CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	111201	DRENAJE DE COLECCION EN CORNEA SOD	90,000	90,000
39	112100	FROTIS DE CORNEA SOD	DE ANESTESIA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	112100		150,000	150,000
40	112200	BIOPSIA DE CORNEA SOD	INCLUYE VALORACION PREANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS, SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIYA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRAANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	112201	BIOPSIA DE CORNEA SOD	170,973	170,973
41	114100	RESECCION SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	114100	RESECCION SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA SOD	245,334	245,334
42	114200	CAUTERIZACION DE CORNEA (cauterizacion, crioterapia y fotocoagulation)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	114202	CAUTERIZACION DE CORNEA (cauterizacion, crioterapia y fotocoagulation)	765,178	765,178
43	115100	SUTURA DE CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115306	SUTURA DE CORNEA SOD	550,000	496,392
44	115200	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115201	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD	663,074	663,074
45	115300	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115301-1	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL SOD	611,600	611,600
46	115301	HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	950,000	950,000
47	115302	HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	611,600	611,600

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 CEDCO	VALOR COTIZACION 2 IMOC	VALOR MENOR
48	115303	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL (CIANOACRILATO)	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115303	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL (CIANOACRILATO)	611,600	914,238	611,600
49	115304	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115304	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL	611,600	795,080	611,600
50	115800	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115800	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA SOD	145,178	188,731	145,178
51	116100	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	116101	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	6,000,000	10,400,000	6,000,000
52	116200	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	116201	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	6,000,000	10,400,000	6,000,000
53	116300	QUERATOPLASTIA PENETRANTE COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGIA TRIPLE)	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	116201-1	QUERATOPLASTIA PENETRANTE COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGIA TRIPLE) SOD	6,000,000	11,700,000	6,000,000
54	116400	ESCLEROQUERATOPLASTIA SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	116401	ESCLEROQUERATOPLASTIA SOD	1,086,360	1,412,268	1,086,360
55	117300	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA (QUERATOPROTESIS) SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	117301	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA (QUERATOPROTESIS) SOD	1,650,000	2,145,000	1,650,000
56	117500	QUERATOPLASTIA FOTOREFRACTIVA CON LASER MAS QUERATOMILEUSIS (LASIK) SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	117501	QUERATOPLASTIA FOTOREFRACTIVA CON LASER MAS QUERATOMILEUSIS (LASIK) SOD	3,000,000	4,004,000	3,000,000
57	117600	QUERATECTOMIA SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115308-1	QUERATECTOMIA SOD	186,418	318,934	186,418
58	117700	QUERATECTOMIA CON EXCIMER LASER (FOTOREFRACTIVO O FOTOTERAPEUTICA) PTK SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	115308	QUERATECTOMIA CON EXCIMER LASER (FOTOREFRACTIVO O FOTOTERAPEUTICA) PTK SOD	3,000,000	4,004,000	3,000,000
59	117800	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	117800	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	8,000,000	10,400,000	8,000,000
60	120000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD	600,000	621,951	600,000
61	121100	IRIDOTOMIA CON TRANSFIXION SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	121101	IRIDOTOMIA CON TRANSFIXION SOD	450,000	286,000	286,000
62	121200	IRIDOTOMIA CON LASER SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	121102	IRIDOTOMIA CON LASER SOD	261,504	339,955	261,504
63	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS POR SUTURA DE IRIS	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS POR SUTURA DE IRIS	373,972	486,164	373,972
64	121302	ESCISION DE IRIS PROLAPSADO	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	121302	ESCISION DE IRIS PROLAPSADO	1,050,000	1,412,268	1,050,000
65	121400	IRIDECTOMIA (BASAL PERIFERICA Y TOTAL) SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	121401	IRIDECTOMIA (BASAL PERIFERICA Y TOTAL) SOD	441,025	573,333	441,025
66	122200	BIOPSIA DE IRIS SOD	VALORACION PREANESTESICA, DERECHOS DE SALA E INSUMOS, SE TOMA LA MUESTRA Y SE PRE	122201	BIOPSIA DE IRIS SOD	221,386	287,802	221,386

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES \$171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR UNITARIO COTIZACION 1 CEDCO	VALOR UNITARIO COTIZACION 2 IMOC	VALOR MENOR
67	122300	BIOPSIA DE ESCLEROTICA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVI A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA. (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	122301	BIOPSIA DE ESCLEROTICA SOD	170,973	222,265	170,973
68	122400	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVI A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA. (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	122401	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR SOD	221,386	287,802	221,386
69	123001	IRIDOPLASTIA CON SUTURA	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123002-1	IRIDOPLASTIA CON SUTURA	261,504	339,955	261,504
70	123002	IRIDOPLASTIA CON LASER	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123002	IRIDOPLASTIA CON LASER	261,504	339,955	261,504
71	123101	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCION DE AIRE O LIQUIDO	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123201	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCION DE AIRE O LIQUIDO	1,200,000	552,981	552,981
72	123102	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO	1,200,000	286,000	286,000
73	123300	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123203	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD	1,200,000	552,981	552,981
74	123400	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS SOD	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123400	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS SOD	491,302	638,693	491,302
75	123600	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123601	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD	350,000	318,934	318,934
76	123701	REPARACION DE COLOBOMA DEL IRIS	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123701	REPARACION DE COLOBOMA DEL IRIS	663,074	861,996	663,074
77	124101	ABLACION DE LESION DE IRIS POR (cauterizacion,crioterapia y fotocoagulacion)	CONTROL POST OCO, SALA DE CX, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS	124102	ABLACION DE LESION DE IRIS POR (cauterizacion,crioterapia y fotocoagulacion)	785,178	1,280,731	785,178
78	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	491,302	715,991	491,302
79	124202	IRIDOCISTECTOMIA	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	124202	IRIDOCISTECTOMIA	350,000	552,981	350,000
80	124203	ESCISION DE LESION DE IRIS	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	124203	ESCISION DE LESION DE IRIS	1,050,000	1,412,268	1,050,000
81	124301	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR POR CAUTERIZACION, CRIOTERAPIA O (LASER) +	CONTROL POST OCO, SALA DE CX, VALORACION PREANESTESICA, EKG, EXAMENES PRE ACOS, INSUMOS	124303	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR POR CAUTERIZACION, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACION (LASER) +	765,178	1,267,731	765,178

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 COTIZACION 1	VALOR COTIZACION 2 COTIZACION 2	VALOR MENOR
82	124401	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	124401	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CILIAR	550,762	715,991	550,762
83	124402	IRIDOCICLECTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	124402	IRIDOCICLECTOMIA	350,000	552,981	350,000
84	124403	ESCISION DE LESION DE CUERPO CILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	124403	ESCISION DE LESION DE CUERPO CILIAR	1,050,000	1,412,268	1,050,000
85	125100	GONIOTOMIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	125101	GONIOTOMIA SOD	386,850	502,905	386,850
86	125500	CICLODIALISIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	125501	CICLODIALISIS SOD	303,746	394,870	303,746
87	126400	TRABECULECTOMIA PRIMARIA SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126403	TRABECULECTOMIA PRIMARIA SOD +	895,991	2,164,788	895,991
88	126401	TRABECULECTOMIA SECUNDARIA (CON CIRUGIA OCULAR PREVIA)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126401	TRABECULECTOMIA SECUNDARIA (CON CIRUGIA OCULAR PREVIA)	950,000	2,164,788	950,000
89	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE CON AGUJA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE CON AGUJA	537,884	699,249	537,884
90	126602	SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126602	SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE	1,200,000	331,731	331,731
91	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP	425,154	552,700	425,154
92	126604	FILTACION DE VENTANA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126604	OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE CON LASER	1,200,000	357,500	357,500
93	126606	REVISION POSTOPERATORIA DE FISTULIZACION ESCLERAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126606	REVISION POSTOPERATORIA DE FISTULIZACION ESCLERAL	1,200,000	699,249	699,249
94	126700	INSECCION DE IMPLANTE (GLAUCOMA)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126702	INSECCION DE IMPLANTE (GLAUCOMA)	3,000,000	1,367,025	1,367,025
95	126706	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126706	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE	650,000	699,249	650,000
96	126706	REVISION DE IMPLANTE CON OBSTRUCCION POSTERIOR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	126706	REVISION DE IMPLANTE CON OBSTRUCCION POSTERIOR	537,884	699,249	537,884
97	128100	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	128100	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA] SOD	491,302	638,693	491,302
98	128200	REPARACION DE FISTULA ESCLERAL (AMPOLLA FILTRANTE) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	128200	REPARACION DE FISTULA ESCLERAL (AMPOLLA FILTRANTE) SOD	1,320,000	1,716,000	1,320,000
99	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA VIA ABIERTA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA VIA ABIERTA	386,850	502,905	386,850
100	128402	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	128402	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	250,000	448,731	250,000

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTTAZARIO 1 CEDCO	VALOR COTTAZARIO 2 IMOC	VALOR MENOR
101	128403	RESECCION DE TUMOR DE LA POR ESCLEROTICA (LASER)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	128403	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR FOTOCOAGULACION (LASER)	350,000	232,590	232,590
102	128404	ESCISION O ABLACION DE LESION DE ESCLERA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	128405	ESCISION O ABLACION DE LESION DE ESCLERA	1,050,000	1,412,268	1,050,000
103	128800	PLASTIAS EN ESCLERA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	128801	PLASTIAS EN ESCLERA	950,000	638,693	638,693
104	131100	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO SOD	1,132,416	1,342,141	1,132,416
105	132100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR TECNICA CONVENCIONAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR TECNICA CONVENCIONAL SOD	1,132,416	1,342,141	1,132,416
106	132200	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	130003-2	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACION SOD	1,132,416	1,342,141	1,132,416
107	132300	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	130003-3	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION SOD	1,132,416	1,342,141	1,132,416
108	132400	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	130004	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA	1,132,416	1,342,141	1,132,416
109	136400	DISECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	136401	DISECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	3,000,000	1,342,141	1,342,141
110	136502	CAPSULOTOMIA CON LASER	VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS ES UN PROCEDIMIENTO LASER SE REALIZA EN CONSULTA EXTERNA CUBRE HONORARIOS MEDICOS, PREPARACION DEL PACIENTE SEGUN PROTOCOLO Y UN CONTROL POST. EN CASO DE QUE SE REQUIERA EN CIRUGIA NO SE COBRA	136505	CAPSULOTOMIA CON LASER	261,504	441,942	261,504
111	136600	MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	136600	MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	1,132,416	1,342,141	1,132,416
112	137100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRACAPSULAR SUTURADO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS (INCLUYELENTE RIGIDO)	130003-1	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRACAPSULAR SUTURADO SOD	982,416	1,342,141	982,416
113	137200	IMPLANTE DE LENTE INTRACAPSULAR SECUNDARIO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS (INCLUYELENTE RIGIDO)	137003	IMPLANTE DE LENTE INTRACAPSULAR SECUNDARIO SOD	1,132,416	2,022,800	1,132,416
114	138100	EXTRACCION DE LENTE INTRACAPSULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	130003	EXTRACCION DE LENTE INTRACAPSULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD	1,132,416	1,342,141	1,132,416
115	140000	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRACAPSULAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	147406	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO SOD	812,265	1,055,945	812,265
116	141101	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO CON INYECCION DE MEDICAMENTOS INTRAVIDEOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS NO DEBE INCLUIR MEDICAMENTOS	169006	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO CON INYECCION DE MEDICAMENTOS INTRAVIDEOS	2,640,000	780,000	780,000
117	141102	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE LA PATOLOGIA	141102	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	2,640,000	4,550,000	2,640,000

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR UNITARIO COTIZACION 1 CEDCO	VALOR UNITARIO COTIZACION 2 IMOC	VALOR MENOR
118	142101	ABLACION DE LESION CORORRETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	142004	ABLACION DE LESION CORORRETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	663,074	1,134,996	663,074
119	142300	ABLACION DE LESION CORORRETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	142004-1	ABLACION DE LESION CORORRETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	663,074	861,996	663,074
120	143100	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143401	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) SOD	965,530	1,277,996	965,530
121	143101	REPARACION DE DESGARRO RETINAL O (RETINOPEXIA) POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143101	REPARACION DE DESGARRO RETINAL O (RETINOPEXIA) POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	983,074	1,277,996	983,074
122	143300	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143300	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	663,074	1,277,996	663,074
123	144100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	147402-1	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION SOD	1,320,000	1,716,000	1,320,000
124	144101	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION Y CRIOTERAPIA	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143601-3	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION Y CRIOTERAPIA	1,556,000	2,022,800	1,556,000
125	144102	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143601-1	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS	1,556,000	2,022,800	1,556,000
126	144103	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143601-2	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS Y FOTOCOAGULACION (LASER)	1,244,574	2,022,800	1,244,574
127	144104	IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143601	IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION	1,556,000	2,022,800	1,556,000
128	145100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	147403-1	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA SOD	1,050,000	1,716,000	1,050,000
129	145101	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	145101	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON DIATERMIA O CRIOTERAPIA	750,000	638,693	638,693
130	145102	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON FOTOCOAGULACION (LASER)	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	145102	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON FOTOCOAGULACION (LASER)	1,320,000	1,716,000	1,320,000
131	145300	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON FOTOCOAGULACION (LASER) SOD+	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	143402-2	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON FOTOCOAGULACION (LASER) SOD+	1,320,000	1,716,000	1,320,000
132	146100	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO SOD	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	147405	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO SOD	597,314	776,508	597,314
133	146101	RETIRO DE ACEITE DE SILICON O DE GAS	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	146101	RETIRO DE ACEITE DE SILICON O DE GAS	2,640,000	3,432,000	2,640,000
134	146102	RETIRO DE ACEITE DE SILICON CON PELAJE DE MEMBRANAS GAS Y ENDOLASER	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	147104	RETIRO DE ACEITE DE SILICON CON PELAJE DE MEMBRANAS GAS Y ENDOLASER	2,640,000	3,432,000	2,640,000
135	147100	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR SOD +	CONTROL POST ACO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	147101-1	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR SOD +	1,650,000	2,145,000	1,650,000

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 CEDCO	VALOR COTIZACION 2 IMOC	VALOR MENOR
136	147301	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR CON VITRIOFAGO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	147101	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR CON VITRIOFAGO	1,650,000	2,145,000	1,650,000
137	147401	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSECCION DE SILICON O GASES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	147401	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSECCION DE SILICON O GASES	2,640,000	3,432,000	2,640,000
138	147402	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	147402	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	2,640,000	3,432,000	2,640,000
139	147403	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	147403	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER	2,640,000	3,432,000	2,640,000
140	150100	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR SOD +	ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS, SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA, (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	150101	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR SOD +	138,265	179,745	138,265
141	152100	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	152001	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	950,000	573,333	573,333
142	152200	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	152003	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	950,000	573,333	573,333
143	154100	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	152003-1	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	898,664	1,168,263	898,664
144	154101	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154003-1	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	898,664	745,332	745,332
145	154102	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154004	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	898,664	745,332	745,332
146	154103	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154003	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	898,664	1,265,332	898,664
147	154104	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154001	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	898,664	1,168,263	898,664
148	155100	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	155100	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	1,050,000	1,168,263	1,050,000
149	160100	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	160101	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO SOD	1,200,000	3,900,000	1,200,000
150	160200	ORBITOTOMIA CON INSECCION DE IMPLANTE ORBITAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	160201	ORBITOTOMIA CON INSECCION DE IMPLANTE ORBITAL SOD	3,000,000	3,900,000	3,000,000
151	161100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ORBITA SOD	3,000,000	4,550,000	3,000,000
152	162200	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	162201	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE ORBITA SOD	3,000,000	4,550,000	3,000,000
153	162300	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA SOD +	INCLUYE VALORACION PREANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS, SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA	162301	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA SOD +	221,386	274,802	221,386

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACIÓN 1	VALOR COTIZACIÓN 2	IMOC	Menor Valor
164	163100	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS INCLUYE CONFORMADOR O IMPLANTE(ESFERA DE MATERIAL ESPECIAL QUE SE DEBE COLOCAR EL DIA DE LA CIRUGIA EN EL SITIO DONDE SE EXTRAJO PARTE DEL OJO PARA EVITAR QUE SE CIERRE)	163002	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD	972,943	1,264,826	972,943	
165	164100	ENUCLEACION CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS INCLUYE CONFORMADOR O IMPLANTE(ESFERA DE MATERIAL ESPECIAL QUE SE DEBE COLOCAR EL DIA DE LA CIRUGIA EN EL SITIO DONDE SE EXTRAJO PARTE DEL OJO PARA EVITAR QUE SE CIERRE)	164001	ENUCLEACION CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD	972,943	1,264,826	972,943	
166	164200	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS INCLUYE DINCULYE PROCEDIMIENTO DE TOMA DE TEJIDO GRASO Y EL PROCESO DEL TEJIDO GRASO EN CENTRIFUGA PARA IMPLANTES)	164004	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO SOD	972,943	1,264,826	972,943	
167	165100	EXENTERACION DE ORBITA CON ESCISION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	165001	EXENTERACION DE ORBITA CON ESCISION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES SOD	3,000,000	4,550,000	3,000,000	
168	166100	INSECCION SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	166101-1	INSECCION SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO SOD +	550,000	715,000	550,000	
169	166101	INSECCION SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	166101	INSECCION SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES +	600,000	715,000	600,000	
160	166300	REVISION Y REINSECCION DE IMPLANTE ORBITARIO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	166300	REVISION Y REINSECCION DE IMPLANTE ORBITARIO SOD	3,000,000	699,249	699,249	
161	168100	REPARACION DE HERIDA DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	168100	REPARACION DE HERIDA DE ORBITA SOD	3,900,000	663,074	663,074	
162	168302	RECONSTRUCCION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	168302	RECONSTRUCCION DE ORBITA	3,000,000	3,900,000	3,000,000	
163	168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL (TECNICA DE KROMLIEN)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL (TECNICA DE KROMLIEN)	3,000,000	3,900,000	3,000,000	
164	168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OUGUURA) VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OUGUURA) VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA +	3,000,000		3,000,000	
165	168406	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	168406	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	3,000,000	4,550,000	3,000,000	
166	169201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	169201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	3,000,000	3,900,000	3,000,000	
167	169202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS HONORARIOS MEDICOS	169202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	3,000,000	3,900,000	3,000,000	
168	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA				

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 CEDCO	VALOR COTIZACION 2 IMOC	VALOR MENOR
169	169205	ESCISION DE LESION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS	169205	ESCISION DE LESION DE ORBITA	3,000,000	3,900,000	3,000,000
170	890202	CONSULTA PLEOPTICA (OPTOMETRIA)		890207		35,000	58,500	35,000
171	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)		890376-8		45,000	65,000	45,000
172	960101	CONSULTA ORTOPTICA (ORTOPTICA)		960101		35,000	65,000	35,000
173	960606	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO		960606		62,064	104,888	62,064
174	960610	RECuento DE CELULAS ENDOTELIALES		960610		44,554	130,000	44,554
175	961101	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR Y/O POSTERIOR DEL OJO +		961103		38,500	50,050	38,500
176	961200	ANGIORETINOFLOUORESCENOGRAFIA SOD +		961202		95,230	123,799	95,230
177	961203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO		961203		95,230	123,799	95,230
178	961301	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS -ACR +		961302		71,500	118,950	71,500
179	961500	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD		961501		44,554	57,920	44,554
180	962000	BIOMETRIA OCULAR SOD		962001		50,000	65,000	50,000
181	962301	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (UNI O BILATERALES)		962302		137,500	204,750	137,500
182	962500	PAQUIMETRIA SOD		962501		34,182	45,500	34,182
183	962601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS		962601		385,000	500,500	385,000
184	963400	ADAPTACION DE PROTESIS OCULARES SOD	INCLUYE LA CONSULTA PRE Y POST, LA PROTESIS Y ENSEÑARSELA A MANEJAR	963401		2,200,000	3,068,000	2,200,000
185	963601	TERAPIA ORTOPTICA	VALOR UNITARIO DE LA TERAPIA UNICAMENTE	963601		45,000	58,500	45,000
186	963602	TERAPIA PLEOPTICA	VALOR UNITARIO DE LA TERAPIA UNICAMENTE	963602		45,000	58,500	45,000
187	146100-2	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS	146103	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO	597,314	776,508	597,314
188	890202-1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (OPTALMOLOGIA PEDIATRICA)		890207		75,000	97,500	75,000
189	890202-2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)		890207		45,000	58,500	45,000
190	890202-3	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)		890207		75,000	97,500	75,000

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 COTIZACION UNITARIO CEDCO	VALOR COTIZACION 2 COTIZACION UNITARIO IMOC	VALOR MENOR
191	890202-4	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)		890207		45,000	58,500	45,000
192	890202-5	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROFTALMOLOGIA)		890207		90,000	130,000	90,000
193	890202-6	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)		890207		45,000	58,500	45,000
194	890202-7	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)		890207		45,000	65,000	45,000
195	890302-1	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)		890376-8		75,000	97,500	75,000
196	890302-2	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)		890376-8		45,000	45,500	45,000
197	890302-3	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)		890376-8		75,000	45,500	45,500
198	890302-4	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)		890376-8		45,000	58,500	45,000
199	890302-5	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROFTALMOLOGIA)		890376-8		90,000	97,500	90,000
200	890302-6	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PLASTIA OCULAR)		890376-8		45,000	32,500	32,500
201	890302-7	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)		890376-8		45,000	58,500	45,000
202	890307-2	SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA (CONTACTOLOGIA)		960601		600,000	65,000	65,000
203	890307-3	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA + INDICE EVALUACION Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AYUDAS DE BAJA VISION) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISION DE LA PROTESIS OCULAR ADAPTADA EXCLUYE EVALUACION		960601		35,000	65,000	35,000
204	NO POS 1	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN OJO		961503		45,000	80,000	45,000
205	NO POS 2	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN AMBOS OJOS		961503		90,000	160,000	90,000
206	NO POS 3	OCT MACULAR DE AMBOS OJOS		961503		110,000	240,000	110,000
207	NO POS 4	IOL MASTER UN SOLO OJO		961503		110,000	80,000	80,000
208	NO POS 5	IOL MASTER DE AMBOS OJOS		961503		220,000	160,000	160,000
209	NO POS 6	TEST DE FRANSCWORTH		961503		200,000	90,000	90,000
210	NO POS 7	TEST DE HESS LANCASTER		961503		200,000	100,000	100,000
211	NO POS 8	TEST DE SENSIBILIDAD AL CONTRASTE EN AMBOS OJOS		961503		200,000	70,000	70,000
212	NO POS 9	PENTACAM DE UN OJO		961503		90,000	120,000	90,000
213	NO POS 10	PENTACAM DE AMBOS OJOS		961503		180,000	240,000	180,000
214	NO POS 11	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE AMBOS OJOS		961503		220,000	240,000	220,000

No.	CUPS ACUERDO 002	PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	CUPS RES 5171	PROCEDIMIENTO RESOLUCION 5171 2017	VALOR COTIZACION 1 COTIZACION 1 COTIZACION 2 COTIZACION 2	VALOR UNITARIO COTIZACION 1 COTIZACION 2	VALOR UNITARIO COTIZACION 1 COTIZACION 2
215	NO POS 12	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE UN OJO		961503		110,000	110,000	110,000
216	NO POS 13	OCT MACULAR DE UN OJO		961503		110,000	110,000	110,000
217	NO POS 14	ELECTRORETINOGRAMA MULTIFOCAL		962100		450,000	611,000	450,000
218	NO POS 15	CICLOPLEJIA		890207		35,000	65,000	35,000
219	NO POS 16	OCT SEGMENTO ANTERIOR (CORNEA)		961503		110,000	120,000	110,000
220	168406	DESCOMPRESION DE ORBITA	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	168406	DESCOMPRESION DE ORBITA	3,000,000	\$ 4,550,000	3,000,000
221	168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA WALSH-OUIGRA VIA TRANSNASAL	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OUIGRA) VIA TRANSNASAL	3,000,000	NO COTIZA	3,000,000
222	126700	INSECCION DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (VALVULA AHMED)	126702	INSECCION DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD	3,000,000	\$ 1,367,025	1,367,025
223	123003	IRIDOPLASTIA	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	123003	IRIDOPLASTIA	261,504	\$ 339,955	261,504
224	154104	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154104	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	898,664	\$ 1,168,263	898,664
225	154102	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154102	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	898,664	\$ 745,332	745,332
226	154103	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154003	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	898,664	1,265,332	898,664
227	154101	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	CONTROL POST OCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS, HONORARIOS MEDICOS	154101	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	898,664	\$ 745,332	745,332
228	NO POS 17	OCT SEGMENTO POSTERIOR (MACULA Y FIBRA)		961503		110,000	240,000	110,000
229	VIM	VALOR DE LOS INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL				12 %	NO REGISTRA	12 %
230	VMO	VALOR DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL				12 %	NO REGISTRA	12 %
231	VDM	VALOR DE MEDICAMENTOS EN PROCEDIMIENTOS				12 %	NO REGISTRA	12 %

ANALISIS: Se recibieron 2 cotizaciones con una variación de los precios en las mayorías de los ítems cotizados, por lo cual se tomara el ítem de menor valor ofertado de las cotizaciones allegadas.

ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	PRECIO SECOP	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO (PRECIO TÉCNICO) IVA INCLUIDO
1	82302	082302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO ESPESOR PARCIAL DOS TERCIOS	N/A	392,111	715,991	392,111
2	82401	082401	RESECCION TOTAL DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	N/A	471,448	860,860	471,448
3	82501	82501	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	N/A	538,213		538,213
4	82502	82502	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS POR LASER	N/A	156,519	145,178	156,519
5	82503	82503	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS POR MEDIOS QUÍMICOS	N/A	151,847	145,178	151,847
6	83100	83100	CORRECCION DE PTOISIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA SOD	N/A	539,863	650,000	539,863
7	83200	83200	CORRECCION DE PTOISIS PALPEBRAL POR SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATA SOD	N/A	539,863	650,000	539,863
8	84200	84200	CORRECCION DE ENTROPION CON INJERTO SOD	N/A	628,573	923,031	628,573
9	86103	86103	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL	N/A	649,951	861,996	649,951
10	86200	86200	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	N/A	649,951	663,074	649,951
11	86300	86300	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO SOD	N/A	649,951	663,074	649,951
12	86400	86400	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL SOD	N/A	649,951	663,074	649,951
13	87100	87100	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDON CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD	N/A	472,070	663,074	472,070
14	87300	87300	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE BLEFAROFIMOSIS SOD	N/A	472,070	663,074	472,070
15	87401	87401	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE EPICANTO CON CUATRO COLGAJOS [MUSTARDE]	N/A	547,328	850,000	547,328
16	87402	87402	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE EPICANTO	N/A	547,328	861,996	547,328
17	88100	88100	REPARACION LINEAL DE LACERACION DE PÁRPADO O CEJA SOD	N/A	386,428	550,762	386,428
18	88402	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PÁRPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]	N/A	220,524	408,597	220,524
19	88403	88403	SUTURA DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO +	N/A	508,575	724,855	508,575
20	89102	89102	ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER	N/A	125,828	200,000	125,828
21	91100	91100	BIOPSIA DE GLANDULA LAGRIMAL SOD	N/A	84,542	126,055	84,542
22	91200	91200	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO LAGRIMAL SOD	N/A	84,504	126,000	84,504
23	98101	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) VIA EXTERNA	N/A	407,440	551,987	407,440
24	98103	98103	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	N/A	407,440	551,987	407,440
25	98201	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	N/A	407,440	551,987	407,440
26	98303	98303	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION	N/A	306,135	737,884	306,135
27	102100	102100	BIOPSIA DE CONJUNTIVA SOD	N/A	487,263	737,884	487,263
28	103104	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	N/A	311,398	355,334	311,398
29	103105	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON PLASTIA LIBRE O CITOSTATICOS	N/A	311,398	355,334	311,398
30	103108	103108	PERITOMIA TOTAL	N/A	98,864	145,178	98,864
31	103201	103201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR DIATERMIA O CRIOCOAGULACION+	N/A	507,457	745,178	507,457
32	103202	103202	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR FOTOCOAGULACION (LASER) + Incluye:	N/A	134,761	178,915	134,761
33	104100	104100	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD	N/A	386,428	650,000	386,428
34	104400	104400	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAOCULAR SOD	N/A	483,035	550,762	483,035
35	106100	106100	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD	N/A	181,672	255,178	181,672
36	110000	110000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INCrustADO EN CORNEA SOD +	N/A	309,540	50,000	309,540
37	111100	111100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA POR INCISION SOD	N/A	174,663	318,934	174,663
38	111200	111200	DRENAJE DE COLECCION EN CORNEA SOD	N/A	60,360	90,000	60,360
39	112100	112100	FROTIS DE CORNEA SOD	N/A	106,791	150,000	106,791

ITEM	ACUERDO	RESOLUCION	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGUN LA RESOLUCION 5171	PRECIO SECOP	PRECIOS HISTORICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO (PRECIO TECHO) IVA INCLUIDO
40	112200	112200	BIOPSIA DE CORNEA SOD	N/A	114,666	170,973	114,666
41	114100	114100	RESECCION SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA SOD	N/A	197,446	245,334	197,446
42	114200	114200	CAUTERIZACION DE CORNEA (cauterizaci3n,crioterapia y fotocoagulaci3n)	N/A	489,496	765,178	489,496
43	115100	115100	SUTURA DE CORNEA SOD	N/A	181,672	496,392	181,672
44	115200	115200	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD	N/A	472,070	663,074	472,070
45	115300	115300	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL SOD	N/A	429,113	611,600	429,113
46	115301	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	N/A	435,424	960,000	435,424
47	115302	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	N/A	435,424	611,600	435,424
48	115303	115303	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL (CIANOACRILATO)	N/A	435,424	611,600	435,424
49	115304	115304	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL	N/A	422,803	611,600	422,803
50	115800	115800	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA SOD	N/A	103,359	145,178	103,359
51	116100	116100	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	N/A	4,127,200	6,000,000	4,127,200
52	116200	116200	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	N/A	4,127,200	6,000,000	4,127,200
53	116300	116300	QUERATOPLASTIA PENETRANTE COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGIA TRIPLE) SOD	N/A	4,178,790	6,000,000	4,178,790
54	116400	116400	ESCLEROQUERATOPLASTIA SOD	N/A	672,544	1,086,360	672,544
55	117300	117300	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA [QUERATOPROTESIS] SOD	N/A	1,191,729	1,650,000	1,191,729
56	117500	117500	QUERATOMIA FOTOREFRACTIVA CON LASER MAS QUERATOMILEUSIS [LASIK] SOD	N/A	711,942	3,000,000	711,942
57	117600	117600	QUERATECTOMIA SOD	N/A	227,822	186,418	227,822
58	117700	117700	QUERATECTOMIA CON EXCIMER LASER (FOTOREFRACTIVA O FOTOTERAPEUTICA) PTK SOD	N/A	2,192,781	3,000,000	2,192,781
59	117800	117800	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	N/A	5,530,448	8,000,000	5,530,448
60	120000	120000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD	N/A	340,611	600,000	340,611
61	121100	121100	IRIDOTOMIA CON TRANSFISION SOD	N/A	158,897	286,000	158,897
62	121200	121200	IRIDOTOMIA CON LASER SOD	N/A	229,346	261,504	229,346
63	121301	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS POR SUTURA DE IRIS	N/A	382,005	373,972	382,005
64	121302	121302	ESCISION DE IRIS PROLAPSADO	N/A	672,544	1,050,000	672,544
65	121400	121400	IRIDECTOMIA (BASAL PERIFERICA Y TOTAL) SOD	N/A	309,434	441,025	309,434
66	122200	122200	BIOPSIA DE IRIS SOD	N/A	148,477	221,386	148,477
67	122300	122300	BIOPSIA DE ESCLEROTICA SOD	N/A	114,666	170,973	114,666
68	122400	122400	BIOPSIA DE CUERPO CILAR SOD	N/A	148,477	221,386	148,477
69	123001	123001	IRIDOPLASTIA CON SUTURA	N/A	229,346	261,504	229,346
70	123002	123002	IRIDOPLASTIA CON LASER	N/A	186,176	261,504	186,176
71	123101	123101	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCION DE AIRE O LIQUIDO	N/A	298,450	552,981	298,450
72	123102	123102	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO	N/A	152,087	286,000	152,087
73	123300	123300	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD	N/A	302,838	552,981	302,838
74	123400	123400	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS SOD	N/A	349,778	491,302	349,778
75	123500	123500	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD	N/A	162,007	318,934	162,007
76	123701	123701	REPARACION DE COLOBOMA DEL IRIS	N/A	314,917	663,074	314,917
77	124101	124101	ABLACION DE LESION DE IRIS POR (cauterizaci3n,crioterapia y fotocoagulaci3n)	N/A	567,103	785,178	567,103
78	124201	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	N/A	344,709	491,302	344,709
79	124202	124202	IRIDOCISTECTOMIA	N/A	209,548	350,000	209,548
80	124203	124203	ESCISION DE LESION DE IRIS	N/A	415,815	1,050,000	415,815
81	124301	124301	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILAR POR CAUTERIZACION, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACION (LASER) +	N/A	309,540	765,178	309,540

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	PRECIO SECO	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO (PRECIO TECHO) IVA INCLUIDO
82	124401	124401	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CILIAR	N/A	386,428	550,762	386,428
83	124402	124402	IRIDOCICLECTOMIA	N/A	206,511	350,000	206,511
84	124403	124403	ESCISION DE LESION DE CUERPO CILIAR	N/A	672,544	1,050,000	672,544
85	125100	125100	GONIOTOMIA SOD	N/A	386,850	239,491	239,491
86	125500	125500	CICLODIALISIS SOD	N/A	194,312	303,746	194,312
87	126400	126400	TRABECULECTOMIA PRIMARIA SOD +	N/A	878,259	895,991	878,259
88	126401	126401	TRABECULECTOMIA SECUNDARIA (CON CIRUGIA OCULAR PREVIA)	N/A	647,139	950,000	647,139
89	126601	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE CON AGUA	N/A	410,691	537,884	410,691
90	126602	126602	SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE	N/A	179,039	331,731	179,039
91	126603	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP ESCLERAL CON LASER	N/A	302,685	425,154	302,685
92	126604	126604	OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE CON LASER	N/A	190,109	357,500	190,109
93	126605	126605	REVISION POSTOPERATORIA DE FISTULIZACION ESCLERAL	N/A	377,392	699,249	377,392
94	126700	126700	INSERCCION DE IMPLANTE (GLAUCOMA)	N/A	1,084,998	1,367,025	1,084,998
96	126706	126706	REVISION DE IMPLANTE CON OBSTRUCCION POSTERIOR	N/A	382,942	537,884	382,942
97	128100	128100	SUTURA DE LA ESCLERA (ESCLERORRAFIA) SOD	N/A	339,640	491,302	339,640
98	128200	128200	REPARACION DE FISTULA ESCLERAL (AMPOLLA FILTRANTE) SOD	N/A	912,524	1,320,000	912,524
99	128401	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA VIA ABIERTA	N/A	291,381	386,850	291,381
100	128402	128402	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	N/A	238,623	250,000	238,623
101	128403	128403	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR FOTOCOAGULACION (LASER)	N/A	129,224	232,590	129,224
102	128404	128404	ESCISION O ABLACION DE LESION DE ESCLERA	N/A	817,186	1,050,000	817,186
103	128800	128800	PLASTIAS EN ESCLERA (ESCLEROPLASTIA) SOD	N/A	334,570	638,693	334,570
104	131100	131100	EXTRACCION INTRACAPULAR DE CRISTALINO SOD	N/A	692,410	1,132,416	692,410
106	132200	132200	EXTRACCION EXTRACAPULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACION SOD	N/A	745,673	1,132,416	745,673
107	132300	132300	EXTRACCION EXTRACAPULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION SOD	N/A	745,673	1,132,416	745,673
108	132400	132400	EXTRACCION EXTRACAPULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA SOD	N/A	745,673	1,132,416	745,673
109	136400	136400	DISCCION DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	N/A	660,352	1,342,141	660,352
110	136502	136502	CAPSULOTOMIA CON LASER	N/A	229,346	261,504	229,346
111	136600	136600	FRAGMENTACION MECANICA DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	N/A	639,149	1,132,416	639,149
112	137100	137100	EXTRACCION EXTRACAPULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRACOCULAR	N/A	905,460	982,416	905,460
113	137200	137200	IMPLANTE DE LENTE INTRACOCULAR SECUNDARIO SOD	N/A	905,460	1,132,416	905,460
114	138100	138100	EXTRACCION DE LENTE INTRACOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD	N/A	724,368	1,132,416	724,368
115	140000	140000	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRACOCULAR	N/A	578,286	812,265	578,286
116	141101	141101	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO CON INYECCION DE MEDICAMENTOS INTRAVITREOS	N/A	515,900	780,000	515,900
117	141102	141102	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	N/A	1,089,581	2,640,000	1,089,581
118	142101	142101	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	N/A	478,912	663,074	478,912
119	142300	142300	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	N/A	472,070	663,074	472,070
120	143100	143100	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) SOD	N/A	513,120	965,530	513,120
121	143101	143101	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	N/A	760,752	983,074	760,752
122	143300	143300	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	N/A	499,437	663,074	499,437
123	144100	144100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION SOD	N/A	994,242	1,320,000	994,242

ITEM	ACUERDO	RESOLUCION	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGUN LA RESOLUCION 5171	PRECIO SECOP	PRECIOS HISTORICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO (PRECIO TECHO IVA INCLUIDO)
124	144101	144104	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION Y CRIOTERAPIA	N/A	1,075,672	1,556,000	1,075,672
125	144102	144103	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS (NEUMORETINOPEXIA) Y CRIOTERAPIA	N/A	1,284,385	1,556,000	1,284,385
126	144103	144103	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS (NEUMORETINOPEXIA) Y FOTOCOAGULACION (LASER)	N/A	1,107,782	1,244,574	1,107,782
127	144104	144104	IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION	N/A	1,075,672	1,556,000	1,075,672
128	145100	145100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA SOD	N/A	994,242	1,050,000	994,242
129	145101	145101	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON DIATERMIA O CRIOTERAPIA	N/A	994,242	1,050,000	994,242
130	145102	145102	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON FOTOCOAGULACION (LASER)	N/A	456,233	638,693	456,233
131	145300	145300	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON FOTOCOAGULACION (LASER) SOD+	N/A	912,524	1,320,000	912,524
132	146100	146100	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO SOD	N/A	462,232	597,314	462,232
133	146101	146101	RETIRO DE ACEITE DE SILICON O DE GAS	N/A	1,879,527	2,640,000	1,879,527
134	146102	146102	RETIRO DE ACEITE DE SILICON CON PELAJE DE MEMBRANAS GAS Y ENDOLASER	N/A	1,879,527	2,640,000	1,879,527
135	147100	147100	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR SOD +	N/A	1,191,729	1,650,000	1,191,729
136	147301	147301	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR CON VITRIOFAGO	N/A	1,191,729	1,650,000	1,191,729
137	147401	147401	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSECCION DE SILICON O GASES	N/A	2,451,557	2,640,000	2,451,557
138	147402	147402	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	N/A	2,451,557	2,640,000	2,451,557
139	147403	147403	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER	N/A	2,723,952	2,640,000	2,723,952
140	150100	150100	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR SOD +	N/A	85,597	138,265	85,597
141	152100	152100	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	N/A	300,333	573,333	300,333
142	152200	152200	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	N/A	300,333	573,333	300,333
143	154100	154100	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	N/A	834,518	898,664	834,518
144	154101	154101	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	N/A	834,518	745,332	834,518
145	154102	154102	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	N/A	834,518	745,332	834,518
146	154103	154103	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	N/A	834,518	898,664	834,518
147	154104	154104	REINSECCION O RETROINSECCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	N/A	834,518	898,664	834,518
148	155100	155100	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	N/A	834,518	1,050,000	834,518
149	160100	160100	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO SOD	N/A	2,073,918	1,200,000	2,073,918
150	160200	160200	ORBITOTOMIA CON INSECCION DE IMPLANTE ORBITAL SOD	N/A	2,073,918	1,200,000	2,073,918
151	161100	161100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ORBITA SOD	N/A	1,857,240	3,000,000	1,857,240
152	162200	162200	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE ORBITA SOD	N/A	1,702,470	3,000,000	1,702,470
153	162300	162300	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA SOD +	N/A	130,865	221,386	130,865
154	163100	163100	EVISCECCION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD	N/A	692,679	972,943	692,679
155	164100	164100	ENUCLEACION CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD	N/A	682,640	972,943	682,640
156	164200	164200	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO SOD	N/A	622,408	972,943	622,408
157	165100	165100	EXENTERACION DE ORBITA CON ESCISION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES SOD	N/A	1,857,240	3,000,000	1,857,240
158	166100	166100	INSECCION SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO SOD +	N/A	391,568	550,000	391,568
159	166101	166101	INSECCION SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES +	N/A	391,568	600,000	391,568
160	166300	166300	REVISION Y REINSECCION DE IMPLANTE ORBITARIO SOD	N/A	371,842	699,249	371,842
161	168100	168100	REPARACION DE HERIDA DE ORBITA SOD	N/A	1,857,240	663,074	1,857,240
162	168302	168302	RECONSTRUCCION DE ORBITA	N/A	2,135,826	3,000,000	2,135,826
163	168402	168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL (TECNICA DE KROMLIEN)	N/A	1,981,056	3,000,000	1,981,056
164	168403	168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OUGUERA) VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA +	N/A	2,012,010	3,000,000	2,012,010

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	PRECIO SECOP	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO (PRECIO TECHO) IVA INCLUIDO
165	168405	168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	N/A	1,857,240	3,000,000	1,857,240
166	169201	169201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	N/A	1,857,240	3,000,000	1,857,240
167	169202	169202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	N/A	1,857,240	3,000,000	1,857,240
168	169204	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	N/A	1,857,240	3,000,000	1,857,240
169	169205	169205	ESCISION DE LESION DE ORBITA	N/A	1,857,240	3,000,000	1,857,240
170	890202	890202	CONSULTA PLEOPTICA (OPTOMETRIA)	N/A	672,544	1,050,000	672,544
171	890302	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)	N/A	23,216	35,000	23,216
172	960101	960101	CONSULTA ORTOPTICA (ORTOPTICA)	N/A	30,954	45,000	30,954
173	960505	960505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	N/A	30,180	35,000	30,180
174	960610	960610	RECuento DE CELULAS ENDOTELIALES	N/A	49,309	62,064	49,309
175	961101	961101	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR Y/O POSTERIOR DEL OJO +	N/A	74,290	44,554	74,290
176	961200	961200	ANGIORRETIINOFLORESCEINGRAFIA SOD +	N/A	27,410	38,500	27,410
177	961203	961203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	N/A	73,694	95,230	73,694
178	961301	961301	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7	N/A	72,711	95,230	72,711
179	961500	961500	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD	N/A	34,018	44,554	34,018
180	962000	962000	BIOMETRIA OCULAR SOD	N/A	35,597	50,000	35,597
181	962301	962301	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (UNI O BILATERALES)	N/A	104,986	137,500	104,986
182	962500	962500	PAQUIMETRIA SOD	N/A	28,529	34,182	28,529
183	962601	962601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	N/A	317,794	385,000	317,794
184	963400	963400	ADAPTACION DE PROTESIS OCULARES SOD	N/A	1,361,976	2,200,000	1,361,976
186	963502	963502	TERAPIA PLEOPTICA	N/A	23,216	45,000	23,216
187	146100-2	146103	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO	N/A	425,253	597,314	425,253
188	890202-1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)	N/A	61,908	75,000	61,908
189	890202-2	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)	N/A	36,113	45,000	36,113
190	890202-3	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)	N/A	61,908	75,000	61,908
191	890202-4	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)	N/A	36,113	45,000	36,113
192	890202-5	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROFTALMOLOGIA)	N/A	61,908	90,000	61,908
193	890202-6	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)	N/A	36,113	45,000	36,113
194	890202-7	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)	N/A	41,272	45,000	41,272
196	890302-1	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)	N/A	61,908	75,000	61,908
196	890302-2	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)	N/A	28,890	45,000	28,890
197	890302-3	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)	N/A	28,890	45,500	28,890
198	890302-4	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)	N/A	36,113	45,000	36,113
199	890302-5	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROOFTALMOLOGIA)	N/A	61,908	90,000	61,908
200	890302-6	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PLASTIA OCULAR)	N/A	25,795	32,500	25,795
201	890302-7	890302	CONSULTA DE POR MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)	N/A	36,113	45,000	36,113
202	890307-2	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA (CONTACTOLOGIA)	N/A	28,890	65,000	28,890
203	890307-3	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA + Incluye: EVALUACION Y AJUSTE EN LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AYUDAS DE BAJA VISION) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISION DE LA PROTESIS OCULAR ADAPTADA Excluye: EVALUA	N/A	23,473	35,000	23,473
204	NO POS 1	NO POS	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN UN OJO	N/A	29,375	45,000	29,375
205	NO POS 2	NO POS	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN AMBOS OJOS	N/A	58,751	90,000	58,751

ITEM	RUBRO / PROYECTO	REC	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCION	CANT	VIGENCIA 2019
1	2.04.4.1.2	16	SECCIONAL SANIDAD SANTANDER	SERVICIOS EN OFTALMOLOGIA	Las necesarias por evento.	\$180.000.000
VALOR TOTAL POR RECURSO						\$180.000.000
VALOR TOTAL ESTIMADO						\$180.000.000

3.5 VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACION

Analisis: para el analisis de precio no se tuvo en cuenta los precios del SECOP ya que son de contrataciones de otras regiones del pais sus precios no son acordes a las del mercado en la ciudad de Bucaramanga ya que son tarifas no comparativas con los estudios de mercado. Asi mismo una vez realizada la comparacion de los valores historicos y los obtenidos mediante cotizaci3n se evidencia que los cotizados presentan unos incrementos exorbitantes, por lo anterior se tomaran como precio techo, los historicos del ultimo contrato incrementado con el IPC del a1o 2018.

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGUN LA RESOLUCION 5171				PRECIO SECOP	PRECIOS HISTORICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO (PRECIO TECHO) IVA INCLUIDO
206	NO POS 3	NO POS	OCT MACULAR DE AMBOS OJOS				N/A	165,088	110,000	165,088
207	NO POS 4	NO POS	IOL MASTER UN SOLO OJO				N/A	55,531	80,000	55,531
208	NO POS 5	NO POS	IOL MASTER DE AMBOS OJOS				N/A	107,844	160,000	107,844
209	NO POS 6	NO POS	TEST DE FRANSCWORTH				N/A	55,531	90,000	55,531
210	NO POS 7	NO POS	TEST DE HESS LANCASTER				N/A	55,531	100,000	55,531
211	NO POS 8	NO POS	TEST DE SENSIBILIDAD AL CONTRASTE EN AMBOS OJOS				N/A	41,272	70,000	41,272
212	NO POS 9	NO POS	PENTACAM DE UN OJO				N/A	165,088	90,000	165,088
213	NO POS 10	NO POS	PENTACAM DE AMBOS OJOS				N/A	180,000	180,000	82,544
214	NO POS 11	NO POS	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE AMBOS OJOS				N/A	165,088	220,000	165,088
215	NO POS 12	NO POS	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE UN OJO				N/A	82,544	110,000	82,544
216	NO POS 13	NO POS	OCT MACULAR DE UN OJO				N/A	82,544	110,000	82,544
217	NO POS 14	NO POS	ELECTRORETINOGRAMA MULTIFOCAL				N/A	305,413	450,000	305,413
218	NO POS 15	NO POS	CICLOPLEJIA				N/A	21,926	35,000	21,926
219	NO POS 16	NO POS	OCT SEGMENTO ANTERIOR (CORNEA)				N/A	37,145	110,000	37,145
220	168406	168406	DESCOMPRESION DE ORBITA				N/A	0	3,000,000	3,000,000
221	168404	168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OGURA) VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA				N/A	0	3,000,000	3,000,000
222	126700	126702	INSERCI3N DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD				N/A	0	1,367,025	3,000,000
223	123003	123003	IRIDOPLASTIA				N/A	0	261,504	261,504
224	154104	154104	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES				N/A	0	898,664	898,664
225	154102	154102	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)				N/A	0	745,332	898,664
226	154103	154003	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO				N/A	0	898,664	898,664
227	154101	154101	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)				N/A	0	745,332	898,664
228	NO POS 17	951503	OCT SEGMENTO POSTERIOR (MACULA Y FIBRA)				N/A	0	110,000	110,000
229	VIM		VALOR DE LOS INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL %				N/A	8%	12 %	8 %
230	VMO		VALOR DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL %				N/A	8%	12 %	8 %
231	VDM		VALOR DE MEDICAMENTOS EN PROCEDIMIENTOS				N/A	0	12 %	0%



ANEXO No. 2

ESPECIFICACIONES TECNICAS

Las siguientes son las condiciones Técnicas Mínimas que deben cumplir los oferentes, quienes deberán marcar con una X (OFRECE –NO OFRECE), aclarando que para las condiciones que no guarden ninguna relación con el proceso para el cual están presentando oferta, deberán marcar NO APLICA.

No	ACUERD O 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	ESTA OBSERVACION ES PARA QUE SEA INCLUIDA EN EL PRECIO DEL PROCEDIMIENTO QUE VA A COTIZAR	OFRECE	NO OFRECE
1	82302	082302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO ESPESOR PARCIAL DOS TERCIOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
2	82401	082401	RESECCION TOTAL DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
3	82501	82501	ABLACION DE LESION DE PARPADOS POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
4	82502	82502	ABLACION DE LESION DE PARPADOS POR LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
5	82503	82503	ABLACION DE LESION DE PARPADOS POR MEDIOS QUIMICOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
6	83100	83100	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
7	83200	83200	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
8	84200	84200	CORRECCION DE ENTROPION CON INJERTO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
9	86103	86103	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
10	86200	86200	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
11	86300	86300	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
12	86400	86400	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
13	87100	87100	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDON CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
14	87300	87300	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE BLEFAROFIMOSIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
15	87401	87401	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE EPICANTO CON CUATRO COLGAJOS [MUSTARDE]	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
16	87402	87402	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE EPICANTO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
17	88100	088100	REPARACION LINEAL DE LACERACION DE PARPADO O CEJA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
18	88402	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
19	88403	88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
20	89102	89102	ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
21	91100	91100	BIOPSIA DE GLANDULA LAGRIMAL SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
22	91200	91200	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO LAGRIMAL SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
23	98101	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) VIA EXTERNA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS DEBE CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR,TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)		
24	98103	98103	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
25	98201	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS DEBE CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR,TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)		
26	98303	98303	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS debe CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR,TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)		
27	102100	102100	BIOPSIA DE CONJUNTIVA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
28	103104	103105	RESECCIÓN DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		

No	ACUERD O 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	ESTA OBSERVACION ES PARA QUE SEA INCLUIDA EN EL PRECIO DEL PROCEDIMIENTO QUE VA A COTIZAR	OFRECE	NO OFRECE
29	103105	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON PLASTIA LIBRE O CITOSTATICOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
30	103108	103108	PERITOMIA TOTAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
31	103201	103201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR DIATERMIA O CRIOCOAGULACION+	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
32	103202	103202	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR FOTOCOA-GULACION (LASER) + Incluye: AQUELLA POR VARICES CONJUNTIVALES ENTRE OTRAS CAUSAS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
33	104100	104100	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
34	104400	104400	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
35	106100	106100	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
36	110000	110000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CORNEA SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
37	111100	111100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA POR INCISION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
38	111200	111200	DRENAJE DE COLECCION EN CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
39	112100	112100	FROTIS DE CORNEA SOD	CONTROL POST , DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA Y ADMINISTRACION DE ANESTESIA,INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
40	112200	112200	BIOPSIA DE CORNEA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
41	114100	114100	RESECCION SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
42	114200	114200	CAUTERIZACION DE CORNEA (cauterizacion,crioterapia y fotocoagulacion)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
43	115100	115100	SUTURA DE CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
44	115200	115200	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
45	115300	115300	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
46	115301	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
47	115302	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
48	115303	115303	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL (CIAOACRILATO)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
49	115304	115304	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
50	115800	115800	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
51	116100	116100	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
52	116200	116200	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
53	116300	116300	QUERATOPLASTIA PENETRANTE COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGIA TRIPLE) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
54	116400	116400	ESCLEROQUERATOPLASTIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
55	117300	117300	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA [QUERATOPROTESIS] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
56	117500	117500	QUERATOTOMIA FOTORREFRACTIVA CON LASER MAS QUERATOMILEUSIS [LASIK] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
57	117600	117600	QUERATECTOMIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
58	117700	117700	QUERATECTOMIA CON EXCIMER LASER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPEUTICA) PTK SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
59	117800	117800	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
60	120000	120000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
61	121100	121100	IRIDOTOMIA CON TRANSFIXION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
62	121200	121200	IRIDOTOMIA CON LASER SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
63	121301	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS POR SUTURA DE IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
64	121302	121302	ESCISION DE IRIS PROLAPSADO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
65	121400	121400	IRIDECTOMIA (BASAL PERIFERICA Y TOTAL) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
66	122200	122200	BIOPSIA DE IRIS SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
67	122300	122300	BIOPSIA DE ESCLEROTICA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
68	122400	122400	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS		

No	ACUERD O 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	ESTA OBSERVACION ES PARA QUE SEA INCLUIDA EN EL PRECIO DEL PROCEDIMIENTO QUE VA A COTIZAR	OFRECE	NO OFRECE
				MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
69	123001	123001	IRIDOPLASTIA CON SUTURA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
70	123002	123002	IRIDOPLASTIA CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
71	123101	123101	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCION DE AIRE O LIQUIDO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
72	123102	123102	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
73	123300	123300	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
74	123400	123400	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
75	123500	123500	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
76	123701	123701	REPARACION DE COLOBOMA DEL IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
77	124101	124101	ABLACION DE LESION DE IRIS POR (cauterizacion,crioterapia y fotocoagulacion)	CONTROL POST QCO, SALA DE CX, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS.		
78	124201	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
79	124202	124202	IRIDOCISTECTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
80	124203	124203	ESCISION DE LESION DE IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
81	124301	124301	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR POR CAUTERIZACION, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACION (LASER) +	CONTROL POST QCO, SALA DE CX, VALORACION PREANESTESICA, EKG, EXAMENES PRE QCOS. INSUMOS.		
82	124401	124401	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
83	124402	124402	IRIDOCICLECTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
84	124403	124403	ESCISION DE LESION DE CUERPO CILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
85	125100	125100	GONIOTOMIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
86	125500	125500	CICLODIALISIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
87	126400	126400	TRABECULECTOMIA PRIMARIA SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
88	126401	126401	TRABECULECTOMIA SECUNDARIA (CON CIRUGIA OCULAR PREVIA)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
89	126601	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE CON AGUJA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
90	126602	126602	SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
91	126603	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP ESCLERAL CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
92	126604	126604	OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
93	126605	126605	REVISION POSTOPERATORIA DE FISTULIZACION ESCLERAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
94	126700	126700	INSERCIÓN DE IMPLANTE (GLAUCOMA)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (VALVULA AHMED)		
95	126705	126705	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
96	126706	126706	REVISION DE IMPLANTE CON OBSTRUCCION POSTERIOR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
97	128100	128100	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
98	128200	128200	REPARACION DE FISTULA ESCLERAL (AMPOLLA FILTRANTE) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
99	128401	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA VIA ABIERTA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
100	128402	128402	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
101	128403	128403	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR FOTOCOAGULACION (LASER)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
102	128404	128404	ESCISION O ABLACION DE LESION DE ESCLERA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
103	128800	128800	PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
104	131100	131100	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
105	132100	132100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR TECNICA CONVENCIONAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
106	132200	132200	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
107	132300	132300	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
108	132400	132400	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
109	136400	136400	DISECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
110	136502	136502	CAPSULOTOMIA CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS ES UN PROCEDIMIENTO LASER, SE REALIZA EN CONSULTA EXTERNA CUBRE HONORARIOS MEDICOS, PREPARACION		

No	ACUERD O 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	ESTA OBSERVACION ES PARA QUE SEA INCLUIDA EN EL PRECIO DEL PROCEDIMIENTO QUE VA A COTIZAR	OFRECE	NO OFRECE
				DEL PACIENTE SEGÚN PROTOCOLO Y UN CONTROL POST. EN CASO DE QUE SE REQUIERA EN CIRUGIA NO SE COBRA		
111	136600	136600	FRAGMENTACION MECANICA DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
112	137100	137100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS (INCLUYE LENTE RÍGIDO)		
113	137200	137200	IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS (INCLUYE LENTE RÍGIDO)		
114	138100	138100	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
115	140000	140000	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
116	141101	141101	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VÍTREO CON INYECCION DE MEDICAMENTOS INTRAVITREOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO DEBE INCLUIR MEDICAMENTOS		
117	141102	141102	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE LA PATOLOGIA		
118	142101	142101	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
119	142300	142300	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
120	143100	143100	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
121	143101	143101	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
122	143300	143300	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
123	144100	144100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
124	144101	144101	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION Y CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
125	144102	144102	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS (NEUMORETINOPEXIA) Y CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
126	144103	144103	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS (NEUMORETINOPEXIA) Y FOTOCOAGULACION (LASER)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
127	144104	144104	IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
128	145100	145100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
129	145101	145101	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
130	145102	145102	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON FOTOCOAGULACION (LASER)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
131	145300	145300	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON FOTOCOAGULACION (LASER) SOD+	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
132	146100	146100	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
133	146101	146101	RETIRO DE ACEITE DE SILICON O DE GAS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
134	146102	146102	RETIRO DE ACEITE DE SILICON CON PELAJE DE MEMBRANAS GAS Y ENDOLASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
135	147100	147100	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
136	147301	147301	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR CON VITRIOFAGO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
137	147401	147401	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICON O GASES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
138	147402	147402	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
139	147403	147403	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
140	150100	150100	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR SOD +	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
141	152100	152100	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
142	152200	152200	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
143	154100	154100	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
144	154101	154101	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
145	154102	154102	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
146	154103	154103	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
147	154104	154104	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
148	155100	155100	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
149	160100	160100	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
150	160200	160200	ORBITOTOMIA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
151	161100	161100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		

No	ACUERD O 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	ESTA OBSERVACION ES PARA QUE SEA INCLUIDA EN EL PRECIO DEL PROCEDIMIENTO QUE VA A COTIZAR	OFRECE	NO OFRECE
152	162200	162200	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
153	162300	162300	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA SOD +	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
154	163100	163100	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS INCLUYE CONFORMADOR O IMPLANTE(ESFERA DE MATERIAL ESPECIAL QUE SE DEBE COLOCAR EL DIA DE LA CIRUGIA EN EL SITIO DONDE SE EXTRAJO PARTE DEL OJO PARA EVITAR QUE SE CIERRE)		
155	164100	164100	ENUCLEACION CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS INCLUYE CONFORMADOR O IMPLANTE(ESFERA DE MATERIAL ESPECIAL QUE SE DEBE COLOCAR EL DIA DE LA CIRUGIA EN EL SITIO DONDE SE EXTRAJO PARTE DEL OJO PARA EVITAR QUE SE CIERRE)		
156	164200	164200	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS DINCLUYE PROCEDIMIENTO DE TOMA DE TEJIDO GRASO Y EL PROCESO DEL TEJIDO GRASO EN CENTRIFUGA PARA IMPLANTES)		
157	165100	165100	EXENTERACION DE ORBITA CON ESCISION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
158	166100	166100	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
159	166101	166101	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] CON FORMACIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
160	166300	166300	REVISION Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
161	168100	168100	REPARACION DE HERIDA DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
162	168302	168302	RECONSTRUCCION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
163	168402	168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL (TECNICA DE KROMLIEN)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
164	168403	168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OUĞURA) VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
165	168405	168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
166	169201	169201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
167	169202	169202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
168	169204	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
169	169205	169205	ESCISION DE LESION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
170	890202	890202	CONSULTA PLEOPTICA (OPTOMETRIA)			
171	890302	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)			
172	950101	950101	CONSULTA ORTOPTICA (ORTOPTICA)			
173	950505	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO			
174	950610	950610	RECuento DE CELULAS ENDOTELIALES			
175	951101	951101	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR Y/O POSTERIOR DEL OJO +			
176	951200	951200	ANGIORRETINOFLUORESCINOGRFIA SOD +			
177	951203	951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO			
178	951301	951301	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS -ACR +			
179	951500	951500	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD			
180	952000	952000	BIOMETRIA OCULAR SOD			
181	952301	952301	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (UNI O BILATERALES)			
182	952500	952500	PAQUIMETRIA SOD			
183	952601	952601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS			
184	953400	953400	ADAPTACION DE PROTESIS OCULARES SOD	INCLUYE LA CONSULTA PRE Y POST, LA PROTESIS Y ENSEÑARSELA A MANEJAR		
185	953501	953501	TERAPIA ORTOPTICA	VALOR UNITARIO DE LA TERAPIA UNICAMENTE		
186	953502	953502	TERAPIA PLEOPTICA	VALOR UNITARIO DE LA TERAPIA UNICAMENTE		
187	146100-2	146103	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
188	890202-1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)			
189	890202-2	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)			
190	890202-3	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)			
191	890202-4	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)			
192	890202-5	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROFTALMOLOGIA)			
193	890202-6	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)			
194	890202-7	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)			

No	ACUERD O 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	ESTA OBSERVACION ES PARA QUE SEA INCLUIDA EN EL PRECIO DEL PROCEDIMIENTO QUE VA A COTIZAR	OFRECE	NO OFRECE
195	890302-1	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)			
196	890302-2	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)			
197	890302-3	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)			
198	890302-4	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)			
199	890302-5	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROOFTALMOLOGIA)			
200	890302-6	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PLASTIA OCULAR)			
201	890302-7	890302	CONSULTA DE POR MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)			
202	890307-2	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA (CONTACTOLOGIA)			
203	890307-3	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA + Incluye: EVALUACION Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AYUDAS DE BAJA VISIÓN) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISIÓN DE LA PROTESIS OCULAR ADAPTADA Excluye: EVALUA			
204	NO POS 1	NO POS	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN UN OJO			
205	NO POS 2	NO POS	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN AMBOS OJOS			
206	NO POS 3	NO POS	OCT MACULAR DE AMBOS OJOS			
207	NO POS 4	NO POS	IOL MASTER UN SOLO OJO			
208	NO POS 5	NO POS	IOL MASTER DE AMBOS OJOS			
209	NO POS 6	NO POS	TEST DE FRANSCWORTH			
210	NO POS 7	NO POS	TEST DE HESS LANCASTER			
211	NO POS 8	NO POS	TEST DE SENSIBILIDAD AL CONTRASTE EN AMBOS OJOS			
212	NO POS 9	NO POS	PENTACAM DE UN OJO			
213	NO POS 10	NO POS	PENTACAM DE AMBOS OJOS			
214	NO POS 11	NO POS	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE AMBOS OJOS			
215	NO POS 12	NO POS	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE UN OJO			
216	NO POS 13	NO POS	OCT MACULAR DE UN OJO			
217	NO POS 14	NO POS	ELECTRORETINOGRAMA MULTIFOCAL			
218	NO POS 15	NO POS	CICLOPLEJIA			
219	NO POS 16	NO POS	OCT SEGMENTO ANTERIOR (CORNEA)			
220	168406	NO POS	DESCOMPRESION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
221	168404	NO POS	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-OUGURA) VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
222	126700	NO POS	INSERCIÓN DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (VALVULA AHMED)		
223	123003	NO POS	IRIDOPLASTIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
224	154104	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
225	154102	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
226	154103	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
227	154101	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS		
228	NO POS 17	NO POS	OCT SEGMENTO POSTERIOR (MACULA Y FIBRA)			
229	INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS					
230	MATERIAL DE OSTEOSINTESIS					
231	MEDICAMENTOS EN PROCEDIMIENTOS					

ITEM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
	EL OFERENTE DEBERÁ ENTREGAR FORMALMENTE JUNTO CON LA PROPUESTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS		
232	a. Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud Departamental de <u>Santander</u> designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en la <u>Ciudad de Bucaramanga</u> o su <u>Área Metropolitana</u> . b. Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado. c. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente.		
233	Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que CERTIFIQUEN la realización de contratos celebrados y ejecutados de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el setenta por ciento (70%) del presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente <u>deberá presentar máximo tres (3) certificaciones</u> (certificación por contrato) con concepto favorable del cumplimiento del objeto contractual. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: <ul style="list-style-type: none">• Fecha de inicio de la contratación y de término de la contratación• Número del contrato y Valor de la contratación• Objeto contractual• Firma del representante legal contratante• NIT del contratante• Dirección del contratante• Teléfono del contratante• Membrete de la entidad que lo expide• Cumplimiento En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la Seccional Sanidad Santander, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, la Seccional verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.		

Los servicios requeridos por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados en listado “Anexo CUPS”, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas, mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios, el Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante, la cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato, quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad, y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes, los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica, debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia a los siguientes correos: **desan.scsan-aut@policia.gov.co** y a través de la Plataforma establecida, cuyo ingreso se hace a través de la página web: **201.221.132.98:8081** mediante la cual, se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente, sobre Referencia y solicitud de autorizaciones, Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

Los servicios requeridos por la Seccional que no hayan quedado descritos en el anexo de CUPS y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas, mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios, el Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante, la cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato, quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad, y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes, los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica, debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia a los siguientes correos: **desan.scsan-aut@policia.gov.co** y a través de la Plataforma establecida, cuyo ingreso se hace a través de la página web: **201.221.132.98:8081** mediante la cual, se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente, sobre Referencia y solicitud de autorizaciones, Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

Nombre de la Entidad _____

Nombre del Representante Legal _____

No. de Documento de Identidad. _____

Firma del Representante Legal _____

CERTIFICACION DE NECESIDAD

En mi calidad de Directora de la Clínica Regional del Oriente, manifiesto con la suscripción de esta CERTIFICACION, que verificados los servicios que se prestan en la Institucion, no se cuenta con la capacidad técnico administrativa, ni asistencial para poder suplir la demanda para la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, SECCIONAL SANIDAD SANTANDER, Por consiguiente la única forma de resolver la necesidad es mediante la contratación de éstos servicios.

Firma,

Mayor **VIVIANA PATRICIA MENDIVELSO DUARTE**
Director Clinica Regional del Oriente

ANEXO No. 4

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

El suscrito Representante Legal de la _____ certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

- 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
- 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- 3. La Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud".
- 4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
- 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

ANEXO No. 5

RELACIÓN TALENTO HUMANO				
NOMBRE DEL PROFESIONAL	TITULO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA	UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÍTULO	TITULO DE POST GRADOS	UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÍTULO DE POSTGRADO

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO No. 6

NIVEL DE EDUCACIÓN Ó NIVEL ACADEMICO

Yo _____, Representante de la entidad _____ certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

ANEXO No. 7

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo _____, Representante de la entidad _____, certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, SECCIONAL SANIDAD SANTANDER..** Igualmente, los servicios ordenados por Jueces de la Republica mediante acción de Tutela y los procedimientos autorizados por el Comité Técnico Científico en las condiciones señaladas en el presente **Estudio Previo**.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO No. 8

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

El suscrito_____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

ANEXO No. 9

El Oferente deberá diligenciar los siguientes cuadros de acuerdo a los servicios a prestar:

CRITERIOS TECNICOS - CONDICIONES TECNICAS ADICIONALES

CRITERIOS TÉCNICOS			PUNTAJE	
			ASIGNADO SEGÚN CORRESPONDA	MARQUE CON UNA EQUIS (X)
CANTIDAD DE CUPS OFERTADOS			25	Ejemplo: 231
HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS	1. CALL CENTER 2. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS 3. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA		5	Ejemplo: X
	1. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS 2. CALL CENTER		3	
	1. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA		1	
OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	SERVICIOS AMBULATORIOS	MENOR DE 5 DIAS	10	Ejemplo: X
		ENTRE 6 - 10 DIAS	5	
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1	
OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA EN ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES	MENOR DE 5 DIAS	10	
		ENTRE 6 - 10 DIAS	5	Ejemplo: X
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1	
			TOTAL	Ejemplo: 20

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, SECCIONAL SANIDAD SANTANDER.

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
1	82302	082302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO ESPESOR PARCIAL DOS TERCIOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	392,111	
2	82401	082401	RESECCION TOTAL DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	471,448	
3	82501	82501	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	538,213	
4	82502	82502	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS POR LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	156,519	
5	82503	82503	ABLACION DE LESION DE PÁRPADOS POR MEDIOS QUIMICOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	151,847	
6	83100	83100	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	539,863	
7	83200	83200	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	539,863	
8	84200	84200	CORRECCION DE ENTROPION CON INJERTO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	628,573	
9	86103	86103	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	649,951	
10	86200	86200	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	649,951	
11	86300	86300	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	649,951	
12	86400	86400	RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	649,951	
13	87100	87100	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDON CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	472,070	
14	87300	87300	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE BLEFAROFIMOSIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	472,070	
15	87401	87401	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE EPICANTO CON CUATRO COLGAJOS [MUSTARDE]	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	547,328	
16	87402	87402	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE EPICANTO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	547,328	
17	88100	088100	REPARACION LINEAL DE LACERACION DE PÁRPADO O CEJA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	386,428	
18	88402	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PÁRPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	220,524	
19	88403	88403	SUTURA DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	508,575	
20	89102	89102	ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	125,828	
21	91100	91100	BIOPSIA DE GLANDULA LAGRIMAL SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	84,542	
22	91200	91200	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO LAGRIMAL SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	84,504	
23	98101	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) VIA EXTERNA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS DEBE CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR, TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)	407,440	
24	98103	98103	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS.	407,440	

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGUN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
				HONORARIOS MEDICOS		
25	98201	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS DEBE CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR,TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)	306,135	
26	98303	98303	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS debe CUBRIR DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (SET DE CRAWFOR,TAPONES Y PLUGS LAGRIMALES)	487,263	
27	102100	102100	BIOPSIA DE CONJUNTIVA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	84,542	
28	103104	103105	RESECCIÓN DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	311,398	
29	103105	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON PLASTIA LIBRE O CITOSTATICOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	311,398	
30	103108	103108	PERITOMIA TOTAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	98,864	
31	103201	103201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR DIATERMIA O CRIOCOAGULACION+	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	507,457	
32	103202	103202	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR FOTOCOAGULACION (LASER) + Incluye: AQUELLA POR VARICES CONJUNTIVALES ENTRE OTRAS CAUSAS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	134,761	
33	104100	104100	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	386,428	
34	104400	104400	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	483,035	
35	106100	106100	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	181,672	
36	110000	110000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CORNEA SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	309,540	
37	111100	111100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA POR INCISION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	174,663	
38	111200	111200	DRENAJE DE COLECCION EN CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	60,360	
39	112100	112100	FROTIS DE CORNEA SOD	CONTROL POST , DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA Y ADMINISTRACION DE ANESTESIA,INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	106,791	
40	112200	112200	BIOPSIA DE CORNEA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA,HONORARIOS MEDICOS,DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	114,666	
41	114100	114100	RESECCION SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	197,446	
42	114200	114200	CAUTERIZACION DE CORNEA (cauterizacion,crioterapia y fotocoagulacion)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	489,496	
43	115100	115100	SUTURA DE CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	181,672	
44	115200	115200	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	472,070	
45	115300	115300	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	429,113	
46	115301	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	435,424	
47	115302	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	435,424	
48	115303	115303	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL (CIANOACRILATO)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	435,424	
49	115304	115304	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	422,803	
50	115800	115800	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	103,359	
51	116100	116100	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	4,127,200	

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
52	116200	116200	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	4,127,200	
53	116300	116300	QUERATOPLASTIA PENETRANTE COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGIA TRIPLE) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	4,178,790	
54	116400	116400	ESCLEROQUERATOPLASTIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	672,544	
55	117300	117300	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA [QUERATOPROTESIS] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,191,729	
56	117500	117500	QUERATOTOMIA FOTORREFRACTIVA CON LASER MAS QUERATOMILEUSIS [LASIK] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	711,942	
57	117600	117600	QUERATECTOMIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	227,822	
58	117700	117700	QUERATECTOMIA CON EXCIMER LASER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPEUTICA) PTK SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,192,781	
59	117800	117800	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	5,530,448	
60	120000	120000	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	340,611	
61	121100	121100	IRIDOTOMIA CON TRANSFIXION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	158,897	
62	121200	121200	IRIDOTOMIA CON LASER SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	229,346	
63	121301	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS POR SUTURA DE IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	382,005	
64	121302	121302	ESCISION DE IRIS PROLAPSADO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	672,544	
65	121400	121400	IRIDECTOMIA (BASAL PERIFERICA Y TOTAL) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	309,434	
66	122200	122200	BIOPSIA DE IRIS SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	148,477	
67	122300	122300	BIOPSIA DE ESCLEROTICA SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	114,666	
68	122400	122400	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR SOD	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	148,477	
69	123001	123001	IRIDOPLASTIA CON SUTURA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	229,346	
70	123002	123002	IRIDOPLASTIA CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	186,176	
71	123101	123101	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCION DE AIRE O LIQUIDO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	298,450	
72	123102	123102	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	152,087	
73	123300	123300	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	302,838	
74	123400	123400	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	349,778	
75	123500	123500	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	162,007	
76	123701	123701	REPARACION DE COLOBOMA DEL IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	314,917	
77	124101	124101	ABLACION DE LESION DE IRIS POR (cauterizacion, crioterapia y fotocoagulacion)	CONTROL POST QCO, SALA DE CX, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS.	567,103	
78	124201	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	344,709	
79	124202	124202	IRIDOCISTECTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS.	209,548	

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
				HONORARIOS MEDICOS		
80	124203	124203	ESCISION DE LESION DE IRIS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	415,815	
81	124301	124301	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR POR CAUTERIZACION, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACION (LASER) +	CONTROL POST QCO, SALA DE CX, VALORACION PREANESTESICA, EKG, EXAMENES PRE QCOS. INSUMOS.	309,540	
82	124401	124401	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	386,428	
83	124402	124402	IRIDOCICLECTOMIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	206,511	
84	124403	124403	ESCISION DE LESION DE CUERPO CILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	672,544	
85	125100	125100	GONIOTOMIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	239,491	
86	125500	125500	CICLODIALISIS SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	194,312	
87	126400	126400	TRABECULECTOMIA PRIMARIA SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	878,259	
88	126401	126401	TRABECULECTOMIA SECUNDARIA (CON CIRUGIA OCULAR PREVIA)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	647,139	
89	126601	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE CON AGUJA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	410,691	
90	126602	126602	SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	179,039	
91	126603	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP ESCLERAL CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	302,685	
92	126604	126604	OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	190,109	
93	126605	126605	REVISION POSTOPERATORIA DE FISTULIZACION ESCLERAL	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	377,392	
94	126700	126700	INSERCIÓN DE IMPLANTE (GLAUCOMA)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (VALVULA AHMED)	1,084,998	
95	126705	126705	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	388,492	
96	126706	126706	REVISION DE IMPLANTE CON OBSTRUCCION POSTERIOR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	382,942	
97	128100	128100	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	339,640	
98	128200	128200	REPARACION DE FISTULA ESCLERAL (AMPOLLA FILTRANTE) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	912,524	
99	128401	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA VIA ABIERTA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	291,381	
100	128402	128402	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	238,623	
101	128403	128403	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA POR FOTOCOAGULACION (LASER)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	129,224	
102	128404	128404	ESCISION O ABLACION DE LESION DE ESCLERA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	817,186	
103	128800	128800	PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA] SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	334,570	
104	131100	131100	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	692,410	
105	132100	132100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR TECNICA CONVENCIONAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	692,410	
106	132200	132200	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	745,673	
107	132300	132300	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	745,673	
108	132400	132400	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	745,673	
109	136400	136400	DISECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	660,352	
110	136502	136502	CAPSULOTOMIA CON LASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS ES UN PROCEDIMIENTO	229,346	

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
				LASER, SE REALIZA EN CONSULTA EXTERNA CUBRE HONORARIOS MEDICOS, PREPARACION DEL PACIENTE SEGÚN PROTOCOLO Y UN CONTROL POST. EN CASO DE QUE SE REQUIERA EN CIRUGIA NO SE COBRA		
111	136600	136600	FRAGMENTACION MECANICA DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	639,149	
112	137100	137100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS (INCLUYE LENTE RÍGIDO)	905,460	
113	137200	137200	IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS (INCLUYE LENTE RÍGIDO)	905,460	
114	138100	138100	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	724,368	
115	140000	140000	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	578,286	
116	141101	141101	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VÍTREO CON INYECCION DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO DEBE INCLUIR MEDICAMENTOS	515,900	
117	141102	141102	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE LA PATOLOGIA	1,089,581	
118	142101	142101	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	478,912	
119	142300	142300	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	472,070	
120	143100	143100	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	513,120	
121	143101	143101	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	760,752	
122	143300	143300	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	499,437	
123	144100	144100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	994,242	
124	144101	144101	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION Y CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,075,672	
125	144102	144102	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS (NEUMORETINOPEXIA) Y CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,284,385	
126	144103	144103	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS (NEUMORETINOPEXIA) Y FOTOCOAGULACION (LASER)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,107,782	
127	144104	144104	IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,075,672	
128	145100	145100	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	994,242	
129	145101	145101	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	456,233	
130	145102	145102	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON FOTOCOAGULACION (LASER)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	912,524	
131	145300	145300	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON FOTOCOAGULA-CION (LASER) SOD+	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	994,242	
132	146100	146100	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	462,232	
133	146101	146101	RETIRO DE ACEITE DE SILICON O DE GAS	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,879,527	
134	146102	146102	RETIRO DE ACEITE DE SILICON CON PELAJE DE MEMBRANAS GAS Y ENDOLASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,879,527	
135	147100	147100	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,191,729	
136	147301	147301	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR CON VITRIOFAGO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,191,729	
137	147401	147401	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICON O GASES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,451,557	
138	147402	147402	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,723,952	
139	147403	147403	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,451,557	
140	150100	150100	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR SOD +	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE	85,597	

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCI ON 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
				SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES		
141	152100	152100	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	300,333	
142	152200	152200	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	300,333	
143	154100	154100	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	834,518	
144	154101	154101	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	834,518	
145	154102	154102	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	834,518	
146	154103	154103	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	834,518	
147	154104	154104	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	834,518	
148	155100	155100	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	834,518	
149	160100	160100	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,073,918	
150	160200	160200	ORBITOTOMIA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,073,918	
151	161100	161100	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,857,240	
152	162200	162200	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,702,470	
153	162300	162300	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA SOD +	INCLUYE VALORACION PRE ANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS, DERECHOS DE SALA E INSUMOS. SE TOMA LA MUESTRA Y SE ENVIA A LA ENTIDAD QUE LA EMPRESA CONTRATANTE TENGA ESTIPULADA- (NO SE PROCESA LA MUESTRA SOLO SE TOMA) Y CONTROLES POST OPERATORIOS ANTES DEL MES	130,865	
154	163100	163100	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS INCLUYE CONFORMADOR O IMPLANTE(ESFERA DE MATERIAL ESPECIAL QUE SE DEBE COLOCAR EL DIA DE LA CIRUGIA EN EL SITIO DONDE SE EXTRAJO PARTE DEL OJO PARA EVITAR QUE SE CIERRE)	692,679	
155	164100	164100	ENUCLEACION CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS INCLUYE CONFORMADOR O IMPLANTE(ESFERA DE MATERIAL ESPECIAL QUE SE DEBE COLOCAR EL DIA DE LA CIRUGIA EN EL SITIO DONDE SE EXTRAJO PARTE DEL OJO PARA EVITAR QUE SE CIERRE)	682,640	
156	164200	164200	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS DINCLUYE PROCEDIMIENTO DE TOMA DE TEJIDO GRASO Y EL PROCESO DEL TEJIDO GRASO EN CENTRIFUGA PARA IMPLANTES)	622,408	
157	165100	165100	EXENTERACION DE ORBITA CON ESCISION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,857,240	
158	166100	166100	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO SOD +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	391,568	
159	166101	166101	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] CON FORMACIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	391,568	
160	166300	166300	REVISION Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	371,842	
161	168100	168100	REPARACION DE HERIDA DE ORBITA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,857,240	
162	168302	168302	RECONSTRUCCION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,135,826	
163	168402	168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL (TECNICA DE KROMLIEN)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,981,056	
164	168403	168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-UGURA) VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA +	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	2,012,010	
165	168405	168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,857,240	
166	169201	169201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, . INSUMOS.	1,857,240	

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
				HONORARIOS MEDICOS		
167	169202	169202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,857,240	
168	169204	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	1,857,240	
169	169205	169205	ESCISION DE LESION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	672,544	
170	890202	890202	CONSULTA PLEOPTICA (OPTOMETRIA)		23,216	
171	890302	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)		30,954	
172	950101	950101	CONSULTA ORTOPTICA (ORTOPTICA)		30,180	
173	950505	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO		49,309	
174	950610	950610	RECuento DE CELULAS ENDOTELIALES		74,290	
175	951101	951101	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR Y/O POSTERIOR DEL OJO +		27,410	
176	951200	951200	ANGIORRETINOFLUORESCINOGRAFIA SOD +		73,694	
177	951203	951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO		72,711	
178	951301	951301	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS -ACR +		55,330	
179	951500	951500	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD		34,018	
180	952000	952000	BIOMETRIA OCULAR SOD		35,597	
181	952301	952301	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (UNI O BILATERALES)		104,986	
182	952500	952500	PAQUIMETRIA SOD		28,529	
183	952601	952601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS		317,794	
184	953400	953400	ADAPTACION DE PROTESIS OCULARES SOD	INCLUYE LA CONSULTA PRE Y POST, LA PROTESIS Y ENSEÑARSELA A MANEJAR	1,361,976	
185	953501	953501	TERAPIA ORTOPTICA	VALOR UNITARIO DE LA TERAPIA UNICAMENTE	23,216	
186	953502	953502	TERAPIA PLEOPTICA	VALOR UNITARIO DE LA TERAPIA UNICAMENTE	23,216	
187	146100-2	146103	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	425,253	
188	890202-1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)		61,908	
189	890202-2	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)		36,113	
190	890202-3	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)		61,908	
191	890202-4	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)		36,113	
192	890202-5	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROFTALMOLOGIA)		61,908	
193	890202-6	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)		36,113	
194	890202-7	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)		41,272	
195	890302-1	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)		61,908	
196	890302-2	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)		28,890	
197	890302-3	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)		28,890	
198	890302-4	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)		36,113	
199	890302-5	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (NEUROOFTALMOLOGIA)		61,908	
200	890302-6	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PLASTIA OCULAR)		25,795	
201	890302-7	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)		36,113	
202	890307-2	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA (CONTACTOLOGIA)		28,890	
203	890307-3	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA + Incluye: EVALUACION Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AYUDAS DE BAJA VISIÓN) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISION DE LA PROTESIS OCULAR ADAPTADA Excluye: EVALUA		23,473	
204	NO POS 1	NO POS	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN UN OJO		29,375	
205	NO POS 2	NO POS	ABERROMETRIA OPD -SCAN III EN AMBOS OJOS		58,751	
206	NO POS 3	NO POS	OCT MACULAR DE AMBOS OJOS		165,088	
207	NO POS 4	NO POS	IOL MASTER UN SOLO OJO		55,531	
208	NO POS 5	NO POS	IOL MASTER DE AMBOS OJOS		107,844	
209	NO POS 6	NO POS	TEST DE FRANSWORTH		55,531	

ITEM	ACUERDO 002	RESOLUCION 5171	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 5171	OBSERVACION	PRECIO TECHO	VALOR OFERTADO (IVA INCLUIDO SI APLICA)
210	NO POS 7	NO POS	TEST DE HESS LANCASTER		55,531	
211	NO POS 8	NO POS	TEST DE SENSIBILIDAD AL CONTRASTE EN AMBOS OJOS		41,272	
212	NO POS 9	NO POS	PENTACAM DE UN OJO		165,088	
213	NO POS 10	NO POS	PENTACAM DE AMBOS OJOS		82,544	
214	NO POS 11	NO POS	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE AMBOS OJOS		165,088	
215	NO POS 12	NO POS	OCT DE FIBRAS OPTICAS DE UN OJO		82,544	
216	NO POS 13	NO POS	OCT MACULAR DE UN OJO		82,544	
217	NO POS 14	NO POS	ELECTRORETINOGRAMA MULTIFOCAL		305,413	
218	NO POS 15	NO POS	CICLOPLEJIA		21,926	
219	NO POS 16	NO POS	OCT SEGMENTO ANTERIOR (CORNEA)		37,145	
220	168406	NO POS	DESCOMPRESION DE ORBITA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	3,000,000	
221	168404	NO POS	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL (TECNICA DE WALSH-UGURA) VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	3,000,000	
222	126700	NO POS	INSERCIÓN DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS NO INCLUYE DISPOSITIVO MEDICO IMPLANTABLE (VALVULA AHMED)	3,000,000	
223	123003	NO POS	IRIDOPLASTIA	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	261,504	
224	154104	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	898,664	
225	154102	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	898,664	
226	154103	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	898,664	
227	154101	NO POS	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, INSUMOS. HONORARIOS MEDICOS	898,664	
228	NO POS 17	NO POS	OCT SEGMENTO POSTERIOR (MACULA Y FIBRA)		110,000	
229	VALOR DE LOS INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL ____%				PRECIO DE COMPRA MAS EL 8%	
230	VALOR DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS ES IGUAL A PRECIO DE COMPRA MAS EL ____%				PRECIO DE COMPRA MAS EL 8%	
231	VALOR DE MEDICAMENOS EN PROCEDIMIENTOS				PRECIO DE COMPRA MAS EL 8%	

NOTA:

1. Se aclara que para el suministro de medicamentos se tendrán en cuenta solo los medicamentos genéricos. En caso de no existir medicamento genérico se autoriza el suministro de comercial. Se reconocerá el comercial más el porcentaje que se adjudique.
2. Se aclara que para el caso de los medicamentos regulados, los mismos deberán ser facturados a lo que está establecido en la normatividad vigente.
3. Las entidades que seleccionen la opción de TARIFARIO PROPIO deberán presentar el listado de insumos junto con la propuesta.

INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS AL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. SE ASIGNARAN 20 PUNTOS DE LOS 50 PUNTOS

TARIFA	MARQUE CON UNA "X"
PRECIO DE COMPRA + 8%	
PRECIO DE COMPRA + 6%	
PRECIO DE COMPRA + 4%	

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. 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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de la Seccional Sanidad Santander, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.
5. 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.
6. 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 Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7. 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.
8. Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
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. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor.
11. La atención del evento adverso prevenible o evitable, 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 cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de la Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado a la OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER. Deberá responder por los eventos adversos prevenibles o evitables que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato.
12. La prescripción de medicamentos por urgencias, solo se hará para atender la misma. Medicamentos para uso ambulatorio solo podrán ser entregados por la IPS contratista para continuar el tratamiento. La transcripción de la fórmula de medicamentos y autorizaciones de servicios médicos se hará de lunes a viernes en horario de: **Horario en la mañana:** Lunes a viernes 6:30 am a 10:00 am y **Horario de la tarde:** Lunes a jueves de 2:00 pm. a 4:00 pm. en las instalaciones de la Clínica Regional del Oriente.
13. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
14. Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el Contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado se autorizará por "Resolución de urgencias", de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.
15. El Contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias, se fundamente en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001) y la Resolución 5171 del 12/12/2017 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social. **ANEXO N° 16**, en el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP (Acuerdo 052 de 2013 del SSMP y demás leyes que los adicionen, modifiquen ó sustituyan **ANEXO N° 17** y en la Resolución 057 del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 por la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014 **ANEXO N° 18** que se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co y los cuales hacen parte integral del presente contrato.
16. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).
17. En la atención de usuarios remitidos deberá utilizarse las guías de manejo acordadas.
18. Para la prestación del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento:
Demostración de derechos y autorización: a. Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; debidamente diligenciada por el profesional solicitante y autorizado por el funcionario competente de la Seccional Sanidad Santander, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudientes debe presentar el carné que acredite los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano del Comando del Departamento de Policía, Comando de la Metropolitana, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN).
b. Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad).
c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, **no deben ser atendidos**, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).
d. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el Contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Seccional Sanidad Santander la única dirección electrónica válida para este proceso es referenciadesan2@gmail.com , o mediante la web: **201.221.132.98:8081** (aplicativo de Referencia y Contrarreferencia), sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario.

- e. Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN (se adjunta al presente estudio como **ANEXO No. 18**) y remitirlo a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la Seccional Sanidad Santander, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. **NO SE ADMITEN FORMATOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA.** Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente.
- f. Referencia: Para todos los demás servicios ambulatorios (primera vez o control) u hospitalarios, se requerirá remisión en formato oficial SSPN y autorización expedida por la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la Seccional Sanidad Santander. El CONTRATISTA se obliga a revisar la disponibilidad presupuestal del contrato de acuerdo a la observación señalada en el formato de autorizaciones, a efectos de no generar la prestación de servicios sin respaldo presupuestal, ya que la Seccional no se hará responsable de los mismos.
- g. Los formatos de Referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsimil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
- h. Contra-referencia: Luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitirse a la Seccional Sanidad Santander el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas.
- i. Urgencias: Los usuarios no considerados candidatos para atención inicial de urgencias, deberán ser remitidos a los servicios de consulta prioritaria de la Seccional Sanidad Santander (Red propia o contratada dispuesta por la USP para tal fin). **La atención inicial de urgencia no requiere autorización ni formato de referencia, pero debe ser notificada a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la Seccional Sanidad Santander al correo: referenciadesan2@gmail.com ó mediante la plataforma de Referencia y Contrareferencia web: 201.221.132.98:8081**, quien asignará código de recepción del reporte. El procedimiento para la notificación de la atención inicial de urgencia será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y Resolución 4331 de 2012 y el formato a utilizar corresponde al Anexo 2 de la citada resolución. Si luego de la atención inicial de urgencias, se requiere continuar con la atención, servicios adicionales, extendiendo la atención hacia observación, ambiente quirúrgico, hospitalario, u otro no relacionado con la atención inicial, éstos requerirán el aval por parte de la oficina de referencia y contrareferencia de la Seccional, quien podrá autorizar la continuidad de tratamiento en la IPS o trasladar a su propia red, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. El procedimiento para la solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y Resolución 4331 de 2012, siendo el formato a utilizar para la solicitud el Anexo 3 y para la autorización por parte de la Seccional al Anexo 4 de la citada resolución. Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas al alta, harán parte de la misma atención inicial de urgencia y con cargo al mismo valor. Todos los casos de atención de usuarios en urgencias, que requieran hospitalización deberán ser valorados previamente por médico especialista del CONTRATISTA. Solicitud que tendrá que ser enviada al correo referenciadesan2@gmail.com, o mediante la web: **201.221.132.98:8081** habilitada para el proceso de autorizaciones, y deberán ser contrarremitidos a la Clínica Regional del Oriente, cuando la condición clínica del usuario lo permita, si amerita manejo en el segundo nivel de complejidad.
- j. Los usuarios hospitalizados deben tener autorización para continuar la hospitalización cada tercer día, solicitud que tendrá que ser enviada al correo referenciadesan2@gmail.com, o mediante la web: **201.221.132.98:8081** habilitada para el proceso de autorizaciones, y deberán ser contrarremitidos a la Clínica Regional del Oriente, cuando la condición clínica del usuario lo permita.
- k. Si durante la realización de un procedimiento quirúrgico se requiere la realización de otro procedimiento adicional, la IPS posterior al acto quirúrgico con un plazo no superior a 24 horas debe solicitar la autorización del mismo en la dirección electrónica referenciadesan2@gmail.com, o a la web: **201.221.132.98:8081**.
19. Permitir al **Auditor Médico Concurrente** de la Seccional Sanidad Santander, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud (historias clínicas, estadísticas, soportes y documentos relacionados con la atención del paciente) igualmente permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.
20. El Contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a usuarios (niños, adolescentes y adultos) víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por la Secretaría 22. Presentar la facturación los diez (10) primeros días de cada mes en la Ventanilla de Central de Cuentas de la Seccional Sanidad Santander, ubicada en la Avenida 61 No. 10-200 Barrio Real de Minas de la Ciudad de Bucaramanga, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.
23. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Seccional, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
24. El Contratista deberá reportar de manera trimestral la información e indicadores que ordena la Resolución 0247 de 2014 para usuarios de cáncer y la Resolución 1954 de 2012 para las enfermedades huérfanas. Información que deberá ser enviada al correo electrónico desan.scsan-jefat@policia.gov.co.
25. Cuando se presente la necesidad médica de dar una incapacidad laboral debe entenderse que la Policía maneja dos clases de incapacidades: incapacidad en PARCIAL; si puede laborar, con las restricciones respectivas (éstas restricciones deben estar especificadas en la incapacidad) y TOTAL en caso que el paciente no puede laborar porque su condición médica lo restringe; se sugiere que el médico general ordene hasta 8 días y el médico especialista hasta 30 días, prorrogables hasta por el tiempo que por conveniencia médica se amerite (Debe especificar el tiempo de la prórroga). Dentro de las restricciones médicas NO se deberán establecer limitaciones médicas que interfieran con la administración del talento humano, como aquellas que establecen restricciones para traslados. Solamente se podrán emitir indicaciones en cuanto a descripción de ambientes o sitios favorables o desfavorables para ejercer una labor o permanecer, tales como altura sobre el nivel del mar, temperatura ambiente, humedad, acceso a atención en salud por nivel de complejidad, entre otras. Se debe garantizar que en las excusas de servicio PARCIAL no se den conceptos de perfil ocupacional para reubicación laboral, NO se emitan conceptos de horario laboral o duración de la jornada de trabajo, salvo contadas excepciones que por su condición de salud o administración de medicamentos, así lo impone. Por consiguiente podrá emitirse únicamente en los casos pertinentes, limitaciones de turno nocturno, lo cual debe estar completamente justificado en la historia clínica respectiva, contemplando que la jornada nocturna de un uniformado va de 22:00 a las 06:00 horas del día siguiente.

26. El Contratista deberá garantizar que los especialistas y/o subespecialistas ofertados en la propuesta y según su competencia e idoneidad, emitan y diligencien el concepto médico laboral en el formato establecido por el Contratante y adjunto por el Usuario el día de la respectiva consulta.

Parágrafo: Dentro del concepto médico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral, pues, ello es competencia de las autoridades medico laborales de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, la responsabilidad del Galeno que suscriba el respectivo concepto médico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente:

- Diagnóstico
- Evolución
- Tratamiento realizado
- Secuelas de las lesiones o afecciones que presente el Usuario.

27. El Contratista debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: consulta externa y apoyo diagnóstico hasta 20 días calendario, otros procedimientos y cirugías hasta 15 días y urgencias en las primeras 24 horas y en todos los casos igual o menor a la oferta presentada, oportunidad estipulada en las Resoluciones 256 de 2.016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular única título II de SUPERSALUD <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../abece-resolucion-256-de-2016.pdf>.

28. Para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer se obedecerán las "instrucciones PRIMERA y SEGUNDA" impartidas dentro de la circular externa N° 004 SUPERSALUD del 17 de julio de 2014

29. En el evento en se requiera alquiler de equipos y/o tecnología de punta como coadyuvantes de las cirugías o procedimientos la entidad contratada deberá además de anexar factura de compra, diligenciar el formato de CTC respectivo, enviándolo máximo 24 horas después del procedimiento a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la Seccional Sanidad Santander. Dichos documentos se deben presentar con la factura de compra en la respectiva facturación. La entidad se reserva la realización de auditar los procedimientos en vivo, on el fin de verificar los gastos en insumos y materiales médicoquirúrgicos, así como la utilización de equipos en alquiler.

30. La entidad Contratista deberá aplicar el principio de racionalidad para la realización y práctica de todos los procedimientos anteponiendo el concepto de calidad, esto es lograr los máximos beneficios, con mínimos riesgos pero a costos razonables.

31. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 052 de 2013 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente, serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum, se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico, por lo que se deberá diligenciar el formato del anexo No 14. (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 052 de 2013).

32. Se requiere que el servicio se preste en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, con criterios de oportunidad, continuidad, accesibilidad, seguridad, eficacia, eficiencia y pertinencia.

33. El Contratista deberá conocer el modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional INSTRUCTIVO 009 DE MARZO DE 2014, el cual se encuentra como anexo en el presente estudio de conveniencia y oportunidad.

34. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.

35. Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional.

36. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.

37. Entregar al usuario reporte de resultados para continuar el manejo terapéutico del paciente en la Clínica Regional del Oriente, cuando lo amerite, a través del proceso y formato de Referencia y Contrareferencia.

38. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE, LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.

39. El contratista DEBERA EXPEDIR CERTIFICACION MENSUAL EN LA CUAL CONSTE QUE NO TIENE FACTURAS PENDIENTES CON LOS SERVICIOS DEL MES PRESTADOS.

40. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.

41. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.

42. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos, con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios, prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.

43. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficios, avisos, y demás actos proferidos por la Seccional Sanidad Santander, al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, hoja de vida, cámara de comercio, ect.

44. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente debiera informar al supervisor la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue la Seccional Sanidad Santander, tomar contacto con la IPS a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de servicios, códigos o tarifas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades, se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato, reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario, elevando un acta escrita de cada reunión celebrada.

45. Se aclara, que para el PLM promedio se tendrán en cuenta solo los medicamentos genéricos (producto de la suma del valor de todos los encontrados en su denominación genérica y dividido por el número de los mismos). En caso de no existir medicamento genérico en el PLM se autoriza el suministro de comercial. En caso de no existir medicamento genérico en el PLM, se reconocerá el comercial de menor valor del PLM menos el 10% de descuento.

47. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Ocupacional durante la ejecución el contrato.

48. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
49. El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
50. El Contratista deberá presentar el Informe de capacitación realizada a los trabajadores, donde se evidencie la realización de inducción y reintroducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma de los trabajadores.
51. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contra-remisiones efectuadas por la Seccional Sanidad Santander, so pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones
52. Los servicios requeridos por la Seccional que no hayan quedado descritos en el anexo de CUPS y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y/o la resolución 5171 de 2017 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas, mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios, el Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante, la cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato, quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad, y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes, los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica, debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia a los siguientes correos:referenciadesan2@gmail.com contrareferenciadesan@gmail.com y a través de la Plataforma establecida, cuyo ingreso se hace a través de la página web: 201.221.132.98:8081 mediante la cual, se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente, sobre Referencia y solicitud de autorizaciones, Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.
54. El Contratista deberá garantizar la prestación de los servicios objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato).
55. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
- e Salud Departamental.

21. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

- a. Notificar al Supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
- b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
- c. **Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato, el Contratista deberá informar mediante oficio a la Seccional Sanidad Santander y al Supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder, el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).**
- d. Reportar la ejecución del contrato al Supervisor del Contrato; en los formatos semanal y mensual al correo referenciadesan2@gmail.com en el formato
- e. Debe reportar a la Oficina de Calidad de la Seccional Sanidad Santander, los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, a los correos: pablo.torresg@correo.policia.gov.co.
- f. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Seccional Sanidad Santander.
- g. Enviar el primer día hábil de cada semana al Área de Epidemiología de la Seccional Sanidad Santander, la información de notificación epidemiológica semanal establecida en el Decreto 3518 del 2006 y Decreto Reglamentario 1918 del 1994, y además los casos de natalidad y mortalidad que se presenten. (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
SECCIONAL SANTANDER

FECHA	
ENTIDAD	
CONTRATO No	
FECHA DE INICIO	
FECHA DE TERMINACION	

VALOR DEL CONTRATO	
ADICION No1	
ADICION No 2	
TOTAL	

DÍAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SABADO					
DOMINGO					

OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL- SECCIONAL SANIDAD SANTANDER

1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.
2. 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.
3. Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA**, cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO.
4. 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 Jefatura de la Seccional Sanidad Santander, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.
5. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.
6. 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.
7. Rechazar los bienes y/o servicios cuando éstos no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.
8. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.
9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 052 del 2013 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN Anexo instructivo 009 DISAN AGESA del 06 de marzo del año 2014, el cual se encuentra como Anexo en el presente estudio.
11. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO No. 13

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

La definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberá efectuarse dentro de los términos definidos en el
Título III Capítulo I del Decreto 1082 de 2015.

TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN, ASIGNACIÓN DEL RIESGO Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

ETAPA PRECONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA DE SERIEDAD	RIESGO JURIDICO	1. La no ampliación de vigencia de la garantía de seriedad la oferta cuando el plazo para adjudicación o para suscribir el contrato es prorrogado, siempre que tal prórroga sea inferior a tres (3) meses.	DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL PRESUPUESTO OFICIAL	PROPONENTE SELECCIONADO.	DESDE LA PRESENTACION DE LA OFERTA Y POR CUATRO (4) MESES MAS.	AMPARA LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR EL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL PRESUPUESTO OFICIAL DESDE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y POR CUATRO (4) MESES MÁS.
	RIESGO JURIDICO	2. El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.				
	RIESGO JURIDICO	3. La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario..				
	RIESGO JURIDICO	4. La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.				

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DEL RIESGO	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	Incumplimiento del contrato	30% del Valor del Contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y 60 días más incluyendo sus prorrogas.	Ampara a la entidad contratante de los perjuicios directos derivados del incumplimiento total o parcial de las obligaciones nacidas del contrato, así como su cumplimiento tardío o de su cumplimiento defectuoso, cuando ellos son imputables al contratista garantizado, además comprenderá el pago de multas y cláusula penal pecuniaria que se pacten en el contrato.
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	Regular, pésima o deficiente calidad de del Servicio	50% del valor del contrato	Contratista	Que cubra el termino de vigencia del contrato y un año más incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar.	Ampara a la entidad contratante de los perjuicios directos derivados regular, pésimas o deficiente calidad del servicio contratado. Imputables al contratista garantizado
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	No pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones laborales	5% del valor total del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más.	Ampara a la Entidad de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que este obligado el contratista derivadas de la contratación del personal utilizados para la ejecución del contrato.
Cláusula Penal Pecuniaria	RIESGO JURIDICO	Daños a terceros por responsabilidad civil y extracontractual	200 SMMLV contratos cuyo valor sea igual o inferior a 1.500 SMLMV numeral 1 del art. 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015.	Contratista	Vigente por el termino de duración (plazo) del contrato y seis meses más.	Ampara los daños producidos por el contratista en ocasión de la ejecución del contrato amparado, y serán beneficiarios como la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o su subcontratista.

NOTA: LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR.

ETAPA SANCIONATORIA

Multa	RIESGO JURIDICO	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización	Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato.	Contratistas	La multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por diez (10) días	Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización
-------	-----------------	--	---	--------------	---	---

Multa	RIESGO JURIDICO	Incumplimiento parcial	Multas cuyo valor se liquidará con base en un cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor dejado de cumplir o entregar	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo hasta por un plazo de quince (15) días calendario, que se descontará del saldo que le adeude la Entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo motivado, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella.	Ampara la mora o incumplimiento parcial de alguna obligación derivada del contrato por causas imputables al contratista.
Cláusula Penal Pecuniaria	RIESGO JURIDICO	Incumplimiento total - declaratoria de caducidad	30% del valor total de contrato	Contratista	El 30% del valor total del contrato cuando se trate de incumplimiento total del mismo y proporcional al incumplimiento parcial del contrato.	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista, se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

#	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
2	General	Interno	Selección	Operacionales	La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de oferta cuando el termino previsto en los pliegos de condiciones para la adjudicación del contrato se prorrogue o cuando el termino previsto para la suscripción del contrato se prorrogue siempre y cuando esas prorrogas no excedan un término de tres meses.	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	Económicos	Variación en las circunstancias financieras del contratista en forma negativa que pongan en riesgo la ejecución del contrato.	1	2	3	Transferir
5	General	Interno	Planeación	Operacionales	Ausencia de oferentes o que habiendo recibido ofertas ninguna de ellas haya resultado habilitada.	2	2	3	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
6	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
7	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

INSTRUCTIVO 009 DISAN-AGESA del 06 MAR, 2014 "MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO DE LA POLICIA NACIONAL"

Establecido mediante Instructivo 042 DISAN del 7 de mayo de 2009, "Por la cual se difunde la Guía Metodológica para la implementación del Modelo de atención en salud con enfoque de riesgo de la Policía Nacional".

El Modelo de atención en salud es una estrategia fundamentada en la Atención Primaria en Salud APS que busca reordenar los procesos de gestión y atención en salud, para mejorar el acceso y eficiencia del servicio de salud.

1. GENERALIDADES DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO DE LA POLICIA NACIONAL

- Se dirige al usuario y no al paciente.
- Centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Privilegia el trabajo transdisciplinario en cambio del individual.
- Tiene enfoque de riesgo por lo que propone lo operativo, lo rural y lo más costo efectivo a nivel básico como sus ejes.
- Enfocado en la asistencia integral de la familia.
- Incluye la evaluación e intervención de los aspectos bio-psicosociales que afectan la salud ^ Tiene el componente pedagógico para la inducción a la participación del usuario y su familia en la gestión de la salud
- Involucra la programación de alternativas de manejo racional de los pacientes con enfermedades de alto impacto mediante intervenciones individuales y colectivas que mejoran la calidad de vida en su entorno familiar y la adherencia a los programas de salud
- Se sustenta en resultados documentados del impacto en la salud y los costos en países en donde se ha aplicado por varias décadas
- Define el actuar de los equipos de atención primaria en salud que lideran la asistencia y son responsables de una operación articulada aplicando los conceptos de la circunscripción, Nucleación y focalización para la ejecución de la intervención en salud necesaria, conforme al diagnóstico individual y familiar establecido
- Precisa las características propias de la población usuaria, como la operación en zonas rurales de difícil acceso por condiciones geográficas y de seguridad nacional que dificultan la implementación del Modelo de Atención e incrementan la vulnerabilidad en salud con énfasis en el mantenimiento de la salud ocupacional y operacional.

2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS Y MODELO DE SALUD FAMILIAR:

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del usuario en todos los niveles de complejidad, conforme a la organización de la red de servicios del modelo de atención en salud, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Elementos para la implementación de la APS, articulada con el modelo de atención en salud de la Dirección de Sanidad:

- Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Desarrollar las actividades conforme a los lineamientos definidos por el Grupo Gestión del Riesgo General, Gestión del Riesgo Ocupacional y Gestión del Riesgo Operacional, en la organización de la red de servicios del modelo de atención: Núcleos de Atención Integral NAI, Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico GADT y Grupos de Apoyo Hospitalario GAH.

Acciones intersectoriales con los diferentes entes {cooperativas, clubes, asociaciones} para impactar los determinantes en salud.

- Cultura del auto cuidado: Se desarrolla dentro de cada programa, subprograma y estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad conforme a los lineamientos del Grupo Gestión del Riesgo General.
- Orientación individual y familiar, en busca de una integración del usuario como ser bio-sico-socio espiritual, involucrando a su núcleo familiar para garantizar redes de apoyo y atención más humana.
- Atención integral, integrada y continua: La construcción de redes de servicio debe responder a dichas características tanto en red propia como en red externa, conforme al modelo de atención en salud.
- Interculturalidad: incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, de manera coordinada e integrada en: Núcleos de Atención Integral NAI, Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico GADT y Grupos de Apoyo Hospitalario GAH, engranados con referencia y contra referencia y red de urgencias y emergencias.
- Fortalecimiento de la baja complejidad, con el fin de mejorar capacidad del prestador de servicios de salud de responder de manera integral, con calidad y oportunidad a la demanda de atención de salud.
- Participación activa de la comunidad.
- Enfoque regional, buscando descentralizar, mejorando de esta manera la resolutive local, accesibilidad y cobertura adecuada a los usuarios.

5. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

El modelo de atención en salud en implementación tiene dos componentes: Gestión y Atención, con los cuales se busca la excelencia en la atención enfocados en satisfacer las necesidades de los usuarios.

3.1 COMPONENTE DE GESTIÓN

El reto de este componente es "empoderar a los equipos de trabajo de la situación de salud de sus usuarios", para lograrlo se plantean estrategias como: regionalización, sala de situación, escuelas de eficiencia corporativa, plan local y regional de salud, entre otros.

3.1.1 REGIONALIZACIÓN

Consiste en una estructura que divide en regiones el país, cada una de las cuales depende en forma desconcentrada y en lo posible descentralizada de un nivel central único. La regionalización se articula con los procesos de la Dirección de Sanidad con unas unidades de análisis, denominadas Centro Conjunto Administrativo CCA Grupo de delegados de las Áreas y Oficinas Asesoras del nivel central, que se encarga de trabajar con cada uno de los ocho Centros Administrativos Regionales, Centro Administrativo Regional CAR (modera la relación de su región ante el Nivel Central.) y Equipo de Apoyo Administrativo EAD (es la unidad de análisis del nivel local para la toma de decisiones administrativas, de acuerdo a la oferta de servicios de los Núcleos de Atención Integral y el Grupo de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico este acorde con las necesidades de salud de sus usuarios nucleados). Los equipos de apoyo administrativo del nivel central, la región y local se reúnen para tratar temas administrativos y financieros.

La regionalización operativa tiene 8 Regiones de Sanidad, la cual asigna funciones a las Jefaturas de cabecera de región, y están integradas de la siguiente manera:

REGIÓN 1 1. Bogotá (Cabecera de región) 2. Cundinamarca 3. Boyacá 4. Amazonas 5. San Andrés 6. Guainía	REGIÓN 2 1. Huila (Cabecera de región) 2. Tolima 3. Caquetá 4. Putumayo
REGIÓN 3 1. Risaralda (Cabecera de región) 2. Caldas 3. Quindío	REGIÓN 4 1. Valle del Cauca (Cabecera de región) 2. Cauca 3. Marino
REGIÓN 5 1. Santander (Cabecera de región) 2. Norte de Santander 3. Arauca	REGIÓN 6 1. Antioquia (Cabecera de región) 2. Chocó 3. Córdoba 4. Urabá
REGIÓN 7 1. Meta (Cabecera de región) 2. Casanare 3. Guaviare 4. Vaupés 5. Vichada	REGIÓN 8 1. Atlántico (Cabecera de región) 2. Cesar 3. Sucre 4. Bolívar 5. Magdalena 6. Guajira

3.1.2 SALA DE SITUACIÓN LOCAL Y REGIONAL OBJETIVOS

- Realizar seguimiento a la organización de la red de servicios integrales de la red propia y red externa en todos los niveles de complejidad, recordando que la red propia está organizada en núcleos de atención integral, grupos de apoyo diagnóstico y terapéutico y grupos de apoyo hospitalario y la red externa mediante contratos con IPS y profesionales, entre otros.
- Analizar las no conformidades e impacto de la cobertura de los servicios de salud la cual debe abarcar el 100% de la población circunscrita en las zonas urbanas, rurales y operacionales, cuyos portafolios de servicios estén acordes con las necesidades de salud de sus usuarios. Para ello es necesario contar con la información de las actividades en salud realizadas a cada usuario, utilizando los aplicativos RIPS y SISAR según corresponda tanto en red propia como en red externa.
- Evaluar el grado de avance del Plan Operativo Anual POA de la vigencia en las USP que conforman la región indicando su relación con las necesidades de salud de los usuarios en los temas priorizados de morbilidad prevenible y los indicadores de efectividad de la organización de la red de servicios.
- Dentro de los temas que se desarrollan en el ambiente de sala de situación están:
- Comité de Vigilancia Epidemiológica,

COVE: 2. Nivel de cumplimiento de Indicadores estratégicos, de procesos, de plan de acción, mapa de riesgos y efectividad de la red de servicios.

- Planeación y seguimiento a la gestión de recursos para cierre de brechas.
- Seguimiento a los indicadores de morbilidad prevenible priorizada para la vigencia 2012.
- Los indicadores que serán objeto de seguimiento en sala de situación del nivel central así como la agenda y dinámica de la misma, serán publicados por esta Jefatura mediante Orden de Servicio.
- La sala de situación es un espacio para el análisis de los problemas prioritarios en salud, factores de riesgo e impacto en la población, de conformidad a las características de cada región, así como el empleo de los recursos, en busca de la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios de salud.
- Se toman decisiones en cada sala de acuerdo a la problemática analizada o se debe optar por decisiones de intervenciones, ajustes o revisiones exhaustivas según corresponda, medidas a las cuales se les hace seguimiento para lograr el objetivo propuesto.

3.1.3 ESCUELAS DE EFICIENCIA CORPORATIVA OBJETIVOS

- Actualizar en forma constante y ágil los conocimientos del personal de la DISAN, en temas técnico científico y técnico administrativos, aumentando las competencias del talento humano y la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Hacer re - inducción y/o re entrenamiento al personal de la Dirección de Sanidad, sobre temas Institucionales, estratégicos, normativos, administrativos y financieros.
- Favorecer el desarrollo de los funcionarios y mantener altos los niveles motivacionales a través del establecimiento de caminos de superación individual.
- Generar un buen clima organizacional, permitiendo el crecimiento profesional y técnico del talento humano, mejorando los indicadores de productividad.
- Reducir costos de formación del personal, mediante el uso de alianzas sectoriales e intersectoriales para el desarrollo de los programas de actualización e inducción, facilitando el acceso a los mismos.
- Las Escuelas de Eficiencia Corporativa se desarrollan en dos escenarios, uno liderado por el nivel central, el cual tiene como objetivo fortalecer los conocimientos técnico administrativos y otro liderado por las cabeceras de región y USP cuyo objetivo principal es el de fortalecer los conceptos técnico científicos directamente relacionados con la prestación de servicios de salud.

3.2 COMPONENTE DE ATENCIÓN

- La atención de salud desde el Modelo se presta de la siguiente manera:
- Núcleo de atención Integral (NAI): Primer nivel de atención. (Enfermero Jefe, Médico, Odontólogo, Psicólogo, Tecnólogo, Técnico o profesional en Salud Ocupacional)
- Grupo de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (GADT): Segundo nivel ambulatorio.
- Grupo de Apoyo Hospitalario GAH: Segundo y Tercer nivel Hospitalario.
- Red de urgencias y emergencias

Una vez el NAI ha nucleado una población y la focaliza, la agrupa por género, edad y referencia geográfica, una vez realizado lo mencionado usa un sencillo instrumento denominado, Plan Individual de Promoción y atención en Salud PIPAS este separa los pacientes para ser agendados de dos maneras, la primera de ellas según su ciclo vital y morbilidad discriminado por género para citas individuales con los diferentes profesionales del NAI y en segundo lugar en forma grupal.

Los Núcleos de Atención Integral pueden ser, de acuerdo con la circunscripción demográfica: urbanos, rurales y operacionales (rurales extremos y especiales).

El NAI es el eje central de la atención en salud, recibe un número de usuarios entre 420 y 2860, definiendo las horas día de cada servicio según lo establecido en el Instructivo No. 012 de 2011 o el acto administrativo que lo actualice, y tiene las siguientes funciones:

- Realizar la atención básica conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud APS, como parte fundamental de la prestación de servicios (Ley 1438 de 2012 y Plan Decenal de Salud).
- Primer punto de contacto en el Sistema de Referencia y Contra-referencia: son servicios de puerta de entrada para todos los usuarios y deben resolver al menos el 80% de las necesidades de salud de los usuarios. El NAI debe conocer la red de servicios y saber orientar al usuario cuando requiera niveles de complejidad superiores.
- Caracterizan la población circumscribiendo adelantando inicialmente Historia Familiar a la cual deben asistir todos y cada uno de los beneficiarios del núcleo familiar afiliados al SSPN, esto constituye la focalización de usuarios de acuerdo a características en común tanto por estado fisiológico, morbilidad o ciclo vital: en el momento se está trabajando en el nivel central para incorporar las herramientas de salud familiar e historia clínica familiar; una vez se emitan los instructivos se debe iniciar su diligenciamiento. Por ahora se debe continuar con la historia clínica que se maneja actualmente.
- Caracterizan la localidad o zona de influencia, construyen los mapas de riesgos locales, requiriendo para tales fines consultas con las Direcciones locales y Departamentales de Salud, y visita de campo a los hogares anualmente.
- Si en su jurisdicción existen unidades policiales (Comandos, estaciones etc.), se encargarán de adelantar panoramas de riesgo laborales, para esto se apoyarán en los grupos de profesionales de salud ocupacional o medicina laboral entrenados al respecto. Estos últimos pueden estar regionalizados y colaborarán con los programas de prevención en el lugar de trabajo y tamizajes de tipo laboral.
- Deben garantizar en promoción y prevención la prestación integral de un portafolio de servicios mínimos, esto incluye cada uno de los programas que se manejan en el Área Gestión de Servicios en Salud, conforme a los lineamientos vigentes en este tema.
- Asisten en todas sus fases los eventos de violencia sociopolítica y desastres naturales de su jurisdicción.
- Adelantan Alianzas Estratégicas con Colegios DIBIE y Escuelas de Formación de su jurisdicción para llevar a cabo la Estrategia Ambientes Escolares Saludables de acuerdo con los lineamientos generales del Grupo Gestión del riesgo general.
- Coordinan en conjunto con la Dirección de Bienestar Social y CASUR el proyecto Fines de Semana Saludables (recreación, ejercicio formulado, nutrición etc.) de acuerdo con la organización de grupos focales ya establecidos.
- Como punto de retorno en la contra-referencia, canalizarán familiares de pacientes con patologías trazadoras como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC, asma, VIH/SIDA, Osteoporosis, Climaterio, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer entre otros, para abordaje en cuanto a promoción y prevención sin abandonar el componente netamente de asistencia; es decir un NAI con el entrenamiento pertinente, va adquiriendo destrezas particulares de manejo grupal e individual para determinadas patologías, una vez superado esto, podrá recibir pacientes de manejo especial, con lo cual se fortalece la integralidad en la prestación del primer nivel de atención y contribuye a descongestionar servicios de segundo y tercer nivel.
- Con el traslado de alguno de los integrantes del núcleo familiar o de todo el núcleo familiar a otra jurisdicción se debe remitir Historia Clínica y coberturas alcanzadas, para continuar con el abordaje, a la Unidad de Sanidad Policial correspondiente o consignando en la Historia clínica los avances obtenidos al respecto.

3.2.1 ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

3.2.1.1 CITA DE CUMPLEAÑOS:

Esta es la estrategia de ingreso de los usuarios al modelo de Atención en Salud, en la cual se programa una cita cercana al cumpleaños del usuario y se le brinda atención integral por medicina, odontología, psicología, Promoción y prevención de acuerdo a su ciclo vital y su condición fisiológica. La estrategia cita de cumpleaños, busca aumentar coberturas en salud en las diferentes USP del territorio nacional; mediante acciones planificadas, adaptación de recursos y atención al cliente, que satisfagan las necesidades de atención primaria que posee cada uno de los usuarios pertenecientes al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

La estrategia apunta al fortalecimiento de los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, ya que mediante la captación temprana de usuarios, se promueven estilos de vida saludables que conllevan a la disminución de factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades prevenibles o de complicaciones cuando se tiene instaurada la patología. Lo anterior mediante la definición de un Plan Individual de Atención en Salud (PIPAS) para cada uno de los asistentes a la cita de cumpleaños, dirigido a todos los usuarios que se encuentran nucleados en la zona urbana, resaltando el seguimiento por parte del equipo NAI a los usuarios que ingresan al Modelo de Atención en Salud, ya que cada uno será incluido a las diferentes acciones del portafolio de salud del ESP.

Al final de la jornada como producto se obtienen un listado de usuarios con patologías que deben ingresar a los diferentes programas para que inicien o continúen sus atenciones y controles de acuerdo al caso, ya que se pueden encontrar por ejemplo con usuarios que ya hacen parte del programa de hipertensión u otro y la conducta a seguir es indicar que continúe su atención y seguimiento por parte del NAI que lo está atendiendo.

3.2.1.2 GRUPOS FORMADOS:

El componente grupal del Modelo de Atención, todo usuario con un diagnóstico establecido pasa a formar parte de un grupo de usuarios que comparten su misma condición. La estrategia grupos formados busca aumentar coberturas en Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad de una forma ordenada, sistemática y de seguimiento a los usuarios que hacen parte de un determinado grupo, cumpliendo con la normatividad existente. Para formar grupos se debe tener en cuenta que los integrantes compartan diagnósticos iguales, que pueden ser definitivos como hipertensión, diabetes, VIH, o no permanentes como fumadores, obesos, malnutridos entre otros, estos últimos son reunidos y manejados hasta resolver su problema y regresan al NAI para seguir con su oferta individual de atenciones.

Se cuenta con nueve programas y dos estrategias implementadas en todas las USP del país.

- 1) Inmunoprevención
- 2) Materno Infantil
- 3) Salud Sexual y Reproductiva
- 4) Alianza Saludable
- 5) Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino
- 6) Detección Temprana de Cáncer de Seno
- 7) Prevención y detección temprana de enfermedades no transmisibles en el adulto y adulto mayor
- 8) Promoción de la salud Oral
- 9) Salud Mental

Estrategias

- 1) Ambientes Escolares Saludables
- 2) Línea de Apoyo Emocional

3.2.1.3 FIN DE SEMANA SALUDABLE:

La estrategia "Fin de Semana Saludable", consiste en la reunión de varios grupos formados que se citan entre 4 horas y varios días; con el fin de desarrollar una inmersión completa en el manejo de su patología, un ejemplo sería un "Sábado saludable para obesos" donde reunidos con su familia, reciben talleres, charlas, degustaciones y actividades lúdicas tendientes a afianzar en los familiares conductas favorables que le permita al paciente y a su familia mejorar el estado de salud o prevenir complicaciones

La periodicidad de esta estrategia es de al menos dos veces al año por programa.

3.2.1.4 VISITA A LA ESTACIÓN

Es la estrategia en la cual el Núcleo de Atención Integral visita los lugares donde no se cuenta con establecimiento de sanidad, llevando un portafolio de atención con énfasis en promoción y prevención de la enfermedad.

ANEXO No. 15

PROCEDIMIENTOS NO POS

Continuación de la Resolución No. _____ Del _____ "Por la cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad la Policía Nacional."

Página: 1 de 2	PROCESO: ADMINISTRACION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD	 POLICIA NACIONAL
Código:	FORMATO DE SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN ANTE EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS U OTROS SERVICIOS MEDICOS QUE NO HACEN PARTE DEL PLAN DE SERVICIOS DEL SSMP	
Fecha:		
Version: 0		

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, ÚNICAMENTE POR PARTE DEL ESPECIALISTA TRATANTE. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

FECHA DILIGENCIAMIENTO: _____ DEPARTAMENTO: _____

I. INFORMACION BÁSICA

Nombre del Usuario:	Edad:
Tipo de identificación C.C. _____ T.I. _____ R.C. _____ NUIP _____ N° _____	Teléfono: _____
Ciudad y Dirección de Residencia: _____	

II. DIAGNOSTICO (S):

Código C.I.E. 10

1. _____	
2. _____	
3. _____	

III. DATOS DEL PROCEDIMIENTO, INSUMO, DISPOSITIVO MÉDICO U OTRO SERVICIO SOLICITADO FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS DEL SSMP

Especialidad: _____ Subespecialidad: _____

Nombre del procedimiento, Insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio requerido	Cantidad	Tiempo de Tratamiento	Costo	Código CUPS o Código Asigando por el Proveedor

Descripción (Detalle del procedimiento, insumo, dispositivo médico u otro servicio de salud requerido y especificaciones técnicas)

IV. JUSTIFICACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA (Razón científica del requerimiento)

V. JUNTA MÉDICA O QUIRÚRGICA (si se le realizó Junta Médica describa los resultados)

VI. ALTERNATIVAS DEL PLAN DE BENEFICIOS EMPLEADAS ANTES DE REALIZAR EL REQUERIMIENTO (Si existe algún equivalente, justifique su NC utilización)

Procedimiento, Insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio alternativo empleado o suministrado al paciente	Tiempo de uso	Resultados obtenidos (No mejoría/Reacción adversa/intolerancia)

VII. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACION POR URGENCIA VITAL

Solicitud autorizada al usuario por urgencia el día: _____ y se diligencia solo para conocimiento y estadísticas del CTC.

ESP que autorizo: _____

Nombre del ESP, IPS o proveedor que lo suministró: _____

Nombre del ESP, IPS o proveedor donde se administro: _____

Ciudad del ESP, IPS o proveedor: _____ Valor: _____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD O ESP:

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Relacione al menos dos referencias específicas con citas bibliográficas completas)

1. _____
2. _____
3. _____

MEDICAMENTOS NO POS

Continuación de la Resolución No. _____ Del _____ "Por la cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional."

ACUERDO CSSMP 052//2013

FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA DEL SSMP

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO.

Fecha de solicitud _____ Departamento _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Sexo: F: ____ M: ____
Tipo de identificación: C.C ____ T.I. ____ R.C. ____ NUIP ____ No. ____
Fuerza: EJC: ____ FAC: ____ ARC: ____ PONAL: ____ HOMIC: ____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

II. MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS:

Ambulatorio: _____ Hospitalario: _____ Urgencia (vital): _____
Tipo de Medicamento: Medicamento: _____ Vital no Disponible: _____ Magistral: _____
Tipo de Prescripción: Única: _____ Sucesiva: _____

Principio Activo en Denominación Común Internacional: _____

Concentración: _____ Forma Farmacéutica: _____ Vía Administración: _____
Dosis: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad/Mes _____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de Aplicación _____

Programa especial de: _____

Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____

Paciente con Enfermedad Huérfana: SI _____ NO _____
¿Cual? _____

III. DIAGNOSTICO:

Diagnostico Principal _____ Código CIE 10 _____

Diagnostico Relacionado 1 _____ Código CIE 10 _____

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:

V. ALTERNATIVAS UTILIZADAS DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

1. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: ____ Reacción adversa: ____ Intolerancia: ____
2. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: ____ Reacción adversa: ____ Intolerancia: ____
3. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: ____ Reacción adversa: ____ Intolerancia: ____

La respuesta clínica negativa ha sido reportada al Comité de Farmacovigilancia: SI _____ NO _____

No existe alternativa en el Manual Único de Medicamentos del SSMP: _____

VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

1. Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI: ____ NO: ____

Si existe riesgo por favor justifíquelo: _____

2. La indicación o uso previsto del medicamento está autorizado por la autoridad competente (INVIMA): SI: _____ NO: _____

3. El medicamento a prescribir se encuentra en fase experimental: SI _____ NO _____

4. Existe evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica: _____

Descripción de la evidencia: _____

VII. NOTIFICACION SOBRE AUTORIZACION DE URGENCIA VITAL (Diligenciar en caso que el medicamento haya sido autorizado por Urgencia Vital).

Se aprobó por Urgencia Vital o prioridad clínica: SI _____ NO _____

Fecha en que se aprobó. _____

USP que autorizo: _____

Nombre de la USP o IPS que suministro: _____

Nombre de la USP o IPS donde se administró: _____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD: _____

El Comité NO aprobará tratamientos experimentales, ni medicamentos prescritos para tratamientos expresamente excluidos del manual. (Resolución 2933 artículo 6o, parágrafo- POS).

Si se requiere información o documentación adicional el Comité solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos días siguientes. (Resolución 2933 artículo 7o, literal c).

"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente. Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo, dispositivo médico u otro servicio requerido, ni soy representante legal, miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el Artículo 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas."

Nombres y Apellidos del Médico Especialista Solicitante: _____

No. de Cédula: _____ **Registro Médico:** _____ **Especialidad** _____

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios en la que labora: _____

NOTA: Señor(a) usuario(a): Este formato tiene vigencia por el tiempo aprobado, recuerde solicitar su cita por lo menos un mes antes del vencimiento del mismo, para ser evaluado oportunamente por el Especialista tratante.

ANEXO No. 16

(Plan de Servicios de Sanidad Policial - Acuerdo 002 CSSMP de 2001)

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

ANEXO No. 17

(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo 052 DEL 2013)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

ANEXO No. 18

(Resolución No. 057 del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 Por la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

Teniente ORLANDO RUDA HERNANDEZ
Jefe Grupo de Servicios Asistenciales SECSA DESAN