260

CONDICIONES Y REQUERIMIENTOS

INVITACIÓN PRIVADA No. 08 DE 2019
"CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE ALTO COSTO PARA AFILIADOS A UNISALUD".

Uptc
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

RECTORIA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
TUNJA, VEINTIDOS (22) ABRIL DE 2019

INVITACIÓN PRIVADA N° 08

"CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE ALTO COSTO PARA AFILIADOS A UNISALUD"

CRONOGRAMA

Invitaciones a Proponer	Lunes veintidós (22) de abril de 2019. Vía correo electrónico, adjuntando las Condiciones y Requerimientos de la Invitación.
Observaciones a las Condiciones y Requerimientos	Martes veintitrés (23) de abril de 2019, hasta las 9:00 am, radicadas en el Departamento de Contratación de la UPTC (Tercer piso del edificio Administrativo), o al correo electrónico contratacion@uptc.edu.co en formato PDF y debidamente firmadas.
Plazo para resolver observaciones presentadas	Martes veintitrés (23) de abril de 2019. La respuesta será enviada a los correos electrónicos de los proponentes.
Entrega de Propuestas y Apertura	Jueves veinticinco (25) de abril de 2019, hasta las 11:00 a.m., radicadas en la Vicerrectoría Administrativa y Financiera de la UPTC (Tercer piso del Edificio Administrativo, Uptc sede central Tunja).
Evaluación de las propuestas	Jueves veinticinco (25) a viernes veintiséis (26) de abril de 2019. Los resultados serán enviados a los correos electrónicos de los proponentes.
Plazo para Observaciones a los Resultados según evaluación	Lunes veintinueve (29) de abril de 2019, hasta las 10:00 am. Radicadas en el Departamento de Contratación de la UPTC (Tercer piso del edificio Administrativo), o al correo electrónico contratacion@uptc.edu.co en formato PDF y debidamente firmados.
Plazo para subsanar documentos según evaluación	Lunes veintinueve (29) de abril de 2019, hasta las 10:00 am. Radicadas en el Departamento de Contratación de la UPTC (Tercer piso del edificio Administrativo), o al correo electrónico contratacion@uptc.edu.co en formato PDF y debidamente firmados. Los documentos que se requieran en original en la presentación de la propuesta, no se pueden allegar en correo electrónico, deben allegarse en medio físico en la oficina indicada anteriormente.
Respuesta Observaciones y Subsanación de documentos	Martes treinta (30) de abril de 2019. La respuesta será enviada a los correos electrónicos de los proponentes.
Informe final de evaluación	Martes treinta (30) de abril de 2019. La respuesta será enviada a los correos electrónicos de los proponentes.
Comunicación de la Adjudicación	Martes treinta (30) de abril de 2019. La respuesta será enviada a los correos electrónicos de los proponentes.
Contrato	Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes

Nota: De acuerdo con lo establecido en el numeral 5 artículo 20 del Decreto 2153 de 1992 la hora Oficial que regirá la presente Invitación Pública, será la señalada en el reloj de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, el cual se encuentra ajustado a lo señalado por la Superintendencia de Industria de Comercio, quien mantiene y coordina la hora legal para Colombia.

INVITACIÓN PRIVADA No. 08 DE 2019

"CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE ALTO COSTO PARA AFILIADOS A UNISALUD"

1. JUSTIFICACION

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – Unidad de Servicios de Salud- UNISALUD, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes requiere garantizar la prestación de servicios de alta calidad, siendo una prioridad dentro de la política, brindar una oportuna e integral atención a sus afiliados, garantizando el derecho fundamental de la salud, por lo que requiere contratar una póliza de seguros que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de Alto Costo, la cual contribuye a la sostenibilidad teniendo en cuenta el incremento de las patologías y el ciclo de vida de la población afiliada..

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – Unidad de Servicios de Salud- UNISALUD, es considerada como una Entidad del Régimen Especial, perteneciente al sistema Universitario de Seguridad Social, formalizada mediante ley 647 de 2001 y cuya organización se encuentra contenida en el acuerdo 003 de 31 de enero de 2017.

2. OBJETO

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – Unidad de Servicios de Salud- UNISALUD, está interesada en contratar una póliza de seguro, que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de Alto Costo, acorde a las necesidades particulares en salud de la población objeto de cobertura de la póliza (cotizantes y beneficiarios) "*CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE ALTO COSTO PARA AFILIADOS A UNISALUD*", en los términos que se señalan dentro del presente pliego de Condiciones y Requerimientos y de acuerdo con las condiciones generales de contratación establecidos en el Acuerdo 074 del 2010.

3. ADVERTENCIA

La cotización que presente el oferente tiene la calidad de propuesta, por lo tanto, la misma será evaluable una vez recibida dentro del término y la oportunidad adecuada.

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS BASICAS OBLIGATORIAS

El futuro contratista estará obligado a ofrecer y garantizar el otorgamiento de las Especificaciones Técnicas que corresponden a las condiciones técnicas mínimas de los seguros a contratar, las cuales se dan por aceptadas con la firma del **ANEXO N°11** /Carta de Aceptación de las Condiciones Técnicas Básicas Obligatorias.

Las Condiciones Técnicas Mínimas, corresponden a condiciones obligatorias de carácter particular, por lo tanto, en caso de existir discrepancia entre éstas y los textos de las pólizas, clausulados generales, certificados y/o demás documentos contenidos en la propuesta, las Condiciones Técnicas Básicas Mínimas **PREVALECERÁN** sobre cualquier información y/o condición.

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE SEGUROS (El contrato resultante se plasmará en la correspondiente póliza de seguro la cual se regirá por las disposiciones legales y de los presentes pliegos).

4.1. ALCANCE DEL OBJETO

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Unidad de Servicios de Salud - UNISALUD UPTC) en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes requiere garantizar la prestación de servicios de alta calidad, siendo una prioridad dentro de la política brindar una oportuna e integral atención a sus afiliados, por lo que requiere

contratar una Póliza de seguros que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de Alto Costo.

La Unidad de Servicios de Salud - UNISALUD UPTC- es considerada como una entidad del Régimen Especial perteneciente al Sistema Universitario de Seguridad Social, formalizada mediante la Ley 647 de 2001 y cuya organización se encuentra contenida en el acuerdo 003 del 31 de enero de 2017.

4.2. REASEGURO

El PROPONENTE deberá informar claramente en su oferta si cuenta con un REASEGURO para este ofrecimiento, de lo cual deberá aportar certificación suscrita por el representante Legal de la Aseguradora.

Nota: Estos documentos podrán ser subsanados, en cuanto a su contenido, la no presentación de los mismos no será causal de rechazo.

4.3. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

El PROPONENTE deberá considerar dentro de su oferta que los únicos documentos necesarios para la atención de los siniestros; son los establecidos en el numeral 5.11 del presente pliego de condiciones.

El PROPONENTE NO PODRÁ exigir documentos NO necesarios y/o NO pertinentes para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, ya que en materia de seguros existe libertad probatoria para el asegurado.

4.4. SERVICIOS

El PROPONENTE debe prestar a la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, los servicios abajo indicados, para lo cual presentara dentro de los 30 días siguientes a la iniciación de la vigencia del seguro un cronograma en el que se indiquen las fechas propuestas para llevar a cabo la ejecución de los servicios y la universidad confirmara en los siguientes 30 días su conformidad o las modificaciones que considere pertinentes:

a) Prestar apoyo para la elaboración de estudios específicos sobre manejo de riesgos en enfermedades de alto costo.

b) Capacitación sobre aspectos técnicos de la póliza de enfermedades de alto costo o catastróficas y el manejo de siniestros, indicando que la intensidad horaria, será de mínimo 4 horas teniendo en cuenta que debe:

- Desarrollar un programa de capacitación, relativo a la póliza de seguro objeto del contrato, para los funcionarios de la UNIVERSIDAD – UNISALUD - UPTC, el cual deberá desarrollarse dentro de los tres (3) meses siguientes a la iniciación de la vigencia de las mismas. Esta capacitación debe comprender la actualización al personal de la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, sobre los alcances de las coberturas de la póliza contratada, sobre los aspectos determinantes del mercado, sistema general de seguridad social en salud, los relacionados con las condiciones generales del seguro y las particularidades de la póliza contratada, así como sobre los procedimientos para la atención de los siniestros, aspectos operativos en el manejo administrativo, presentación de avisos, soporte documental de reclamaciones, revisión de cuentas de enfermedades de alto costo y comportamiento de enfermedades de alto costo en el país.

4.5. CUADRO RESUMEN DE PROPUESTA ECONÓMICA (Anexo No. 12)

Para facilitar la lectura de la propuesta el proponente deberá presentar un cuadro de resumen económico de la propuesta, con la totalidad de la información requerida en el **Anexo No. 12** del presente pliego de condiciones.

Nota: La no presentación de la información solicitada en el anexo No. 12, será causal de RECHAZO.

4.6. RELACIÓN DE LAS SUCURSALES Y AGENCIAS DEL PROPONENTE A NIVEL NACIONAL

El PROPONENTE deberá presentar una relación en la cual se indique el domicilio de la oficina principal y la relación de las sucursales o agencias a nivel nacional, en caso de contar con éstas la información debe coincidir con la cámara de comercio.

4.7. INTERMEDIARIO DE SEGUROS

La UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC informa a los participantes que ha sido seleccionado JLT VALENCIA & IRAGORRI CORREDORES DE SEGUROS S.A. como el intermediario de seguros que trabajará en el manejo de la póliza de enfermedades de Alto Costo.

En consideración de lo anterior, la aseguradora deberá tener en cuenta que JLT VALENCIA & IRAGORRI CORREDORES DE SEGUROS S.A., es el actual intermediario de la Póliza de Alto Costo de la Unidad de Servicios de Salud de la UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA – UNISALUD UPTC, para el asesoramiento en la selección y administración de la póliza objeto de la presente invitación y en consecuencia, intervendrá en todos los trámites relacionados con la misma, hasta su vencimiento o el vencimiento de la(s) prórroga(s) a que haya lugar, de acuerdo con los lineamientos que para este fin imparta la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

El PROPONENTE se compromete a aceptar al intermediario de seguros contratado por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1341 del Código de Comercio, el corredor tendrá derecho al pago de comisiones por parte del asegurador el cual deberá corresponder a los porcentajes normales del mercado asegurador, el no cumplimiento a este numeral dará para ser descalificadas en una próxima Invitación.

5. ESPECIFICACIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS DEL SEGURO A CONTRATAR

Las Condiciones Técnicas Básicas Obligatorias se encuentran contenidas en el presente Numeral y corresponden a los términos de las coberturas, cláusulas y demás condiciones particulares mínimas exigidas por la UNIVERSIDAD - UNISALUD, que por sus especiales características requiere de una exigencia particular de cumplimiento que no puede obviarse; y por lo tanto, el PROPONENTE debe, con base en éstas, formular su oferta.

De conformidad con lo anterior y con el fin de evaluar la propuesta allegada, deberá aportar debidamente diligenciado y firmado por parte del representante legal el **Anexo No. 11** denominado en el presente Pliego como **"Aceptación de las especificaciones técnicas básicas obligatorias del seguro a contratar"**

Las Especificaciones técnicas básicas obligatorias del seguro a contratar corresponden a condiciones obligatorias de carácter particular, por lo tanto, en caso de existir discrepancia entre éstas y los textos de las pólizas, clausulados generales, certificados y/o demás documentos contenidos en la propuesta, las Condiciones Técnicas Básicas Obligatorias prevalecerán sobre cualquier información y/o condición.

Las especificaciones técnicas básicas obligatorias del seguro a contratar, corresponden a los términos de las coberturas, cláusulas y demás condiciones particulares mínimas exigidas por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, que por sus especiales características requieren de una exigencia particular de cumplimiento que no puede obviarse y se consideran como oferta básica y son de obligatorio ofrecimiento por parte del PROPONENTE, por lo tanto, **no tienen puntaje y el no ofrecimiento o condicionamiento de alguno de ellos da lugar al rechazo de la oferta.**

Para tal efecto la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, emitirá el resultado de la evaluación de la propuesta y el concepto sobre la misma en cuanto su cumplimiento.

Objeto del Seguro
Contratar una póliza de seguros, que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de Alto Costo, acorde a las necesidades particulares en salud de la población objeto de cobertura de la

póliza (cotizantes y beneficiarios) a cargo de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Acorde con el objeto contractual descrito en el presente documento, las coberturas básicas de la póliza a contratar, se encuentran enmarcadas y descritas dentro de la normatividad en salud que rige las enfermedades de Alto Costo y que a continuación se relacionan: Resolución No. 5261 de 1994, Decreto 2423 de 1996, Resolución No. 2948 de 2003, Ley 1122 de 2007, Resolución 1896 de 2001, resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y por las demás normas que modifiquen, adicionen y/o sustituyan las anteriormente mencionadas. Por último, las normas comerciales y civiles que rigen el tema de seguros.

Coberturas Básicas

1. Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular
2. Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central
3. Casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.
4. Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado
5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
6. Casos de pacientes con Cáncer
7. Reemplazos Articulares
8. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos
9. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea, córnea e implante coclear
10. Manejo del Trauma Mayor
11. Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas
12. Transporte De Pacientes Con Diagnostico De Enfermedad De Alto Costo.

Modificación en las leyes existentes o introducción de nueva legislación

La presente póliza otorgará cobertura a los Asegurados, frente a la modificación en las leyes existentes o la introducción de nueva legislación en materia relacionada con el objeto de este seguro.

Gastos Cubiertos y límites asegurados

Los amparos, límites y coberturas que se enuncian a continuación se consideran una oferta básica y son de obligatorio ofrecimiento por parte de los oferentes. Su no ofrecimiento, exclusión o condicionamiento por parte de los oferentes será causal de rechazo

LIMITE ASEGURADO:	**$ 222.000.000 por Afiliado/patología/vigencia con un Límite agregado anual 1.5 veces el valor de las primas emitidas y recaudas.**
1.Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular	Se cubre la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención de los casos de Infarto Agudo al Miocardio. Se cubren Intervenciones quirúrgicas para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el trasplante del corazón y la cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón. Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye: • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. Adicionalmente están incluidas las siguientes tecnologías en salud: 1. Revisión (reprogramación de aparato marcapaso SOD, identificada con el código 378500 durante los primeros

	treinta (30) días posteriores al egreso. 2. Stent coronario convencional o no recubierto según recomendación del médico tratante. 3. Stent coronario medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) y en lesiones largas (15 mm o mayor). 4. Trasplante de corazón. 5. Colocación de Marcapaso. 6. Procedimientos de Trombolisis. 7. Cateterismos Cardiacos Programados o de Urgencias. 8. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación a saber: sesiones de rehabilitación cardiaca para los casos quirúrgicos contemplados, el control médico y el tratamiento posterior. Dentro de las patologías no quirúrgicas están amparadas la Enfermedad Coronaria Severa, la Angina Inestable y el Infarto Agudo al Miocardio no necesariamente en Unidad de Cuidado Intensivo pero si atendidos en Unidad de Cuidado Coronario o Cuidado Intermedio. Dentro de este tipo de patologías se encuentran las detalladas a continuación, cubiertas dentro de la póliza con cargo al Alto Costo: Tratamiento hospitalario para Cor-Pulmonar Agudo, Bloqueo A-V y Arritmias Severas como Extrasistole Ventricular Multifocal y Enfermedad del Nodo Sinusal, Inestabilidad Hemodinámica secundaria a patología cardiaca, pacientes con fallo de bomba que requieran monitoreo continuo y pacientes post reanimación secundaria a patología cardiovascular, hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a Cuidado Intensivo.
2.Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central	Se cubre la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos de pacientes que requieren atención quirúrgica para afecciones del sistema nervioso central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran. Así mismo se incluyen los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de medula y que requieran atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología. Incluye la corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo, independientemente de la especialidad que la realice, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran. No están incluidas las complicaciones inherentes a las patologías de base que causan la cirugía como meningitis, abscesos, cisticercosis, entre otras, que no estén descritas. No se incluye la atención del Trauma Cráneo encefálico leve, moderado o severo de manejo médico no quirúrgico posterior a la atención inicial de urgencias. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye: • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. Derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
3. Casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.	Atención integral necesaria en casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, con las tecnologías de salud de la complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las atenciones realizadas en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo: La atención integral del paciente con Insuficiencia Renal Aguda o Crónica incluyendo las patologías y complicaciones secundarias a la enfermedad en la atención de urgencias con o sin procedimiento y complicaciones inherentes a la insuficiencia renal: **PRE-DIÁLISIS** • Manejo de complicaciones propias de la Uremia • Edema pulmonar • Trastorno hidroelectrolítico, Hipocalcemia, Hiperkalemia, Hiper/hiponatremia, hipofosfatemia. • Pericarditis Urémica • Encefalopatía Urémica. • Complicaciones derivadas de la implantación del catéter y/o fistula, Injerto Av. **HEMODIÁLISIS** • Síndrome convulsivo posterior a procedimiento

	• Embolia Aérea • Derrame pleural • Angio Absceso de sitio de colocación de catéter central • Sepsis • Tunelización de catéter infección de orificio fístulas injertos • Trombos en sitio de inserción de catéter • Desequilibrio post diálisis **DIÁLISIS PERITONEAL** • Peritonitis química Infecciosa • Infección de orificios • Fallas en la ultra filtración Sobre hidratación • Fugas del líquido peritoneal externa interno • Pericarditis • Derrame Pleural. • Y los demás criterios particulares que el especialista considere. No incluye pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada que no tengan diagnóstico de Insuficiencia Renal.
4.Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado	Garantiza la atención integral necesaria en cualquier nivel de pacientes clasificados como Gran Quemado, entendiéndose como tal al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones: 1. Quemaduras de 2° y 3° grado en más de 20% de superficie corporal. 2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital. 3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración. 4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas. 5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes. 6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo. La cobertura comprende las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo también: Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas. Igualmente, están cubiertas las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación de estos casos.
5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.	Para los menores de 18 años y los hijos de madres VIH positivas incluye las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnostico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la guía para el manejo del VIH/SIDA adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Para los mayores de 18 años: Este amparo inicia con el cubrimiento económico del Western Blott, o la prueba confirmatoria avalada según lo establecido en la guía para el manejo de VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, siempre y cuando resulte positivo. Cubre la atención integral necesaria en cualquier complejidad del portador asintomático del VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el síndrome y sus complicaciones, la cobertura comprende las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel. Cuando el paciente se encuentre hospitalizado y se le diagnostique su patología, toda esa hospitalización, incluyendo los eventos anteriores a la confirmación diagnóstica deberán ser cubiertos por la Póliza, siempre y cuando estos tengan que ver con su patología de base. Incluye Programa de Prevención de la transmisión vertical del VIH según lo establecido en la guía práctica clínica para el manejo de VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia. Incluye el suministro de formula láctea para niños lactantes menores de doce (12) meses, hijos de mujeres VIH positivas según el criterio del médico o nutricionista tratante. Incluye Asesoría Psicológica para todos los afiliados cubiertos bajo este amparo.

6.Casos de pacientes con Cáncer	La atención integral ambulatoria y hospitalaria con las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel necesarios para la confirmación diagnóstica y tratamiento, sin exclusiones en todos los estadios de la enfermedad del paciente con Cáncer que incluye además: Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica, así como los de complementación diagnóstica, y de control. Cubre cualquier medio médicamente reconocido, clínico o procedimental contemplado en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social; utilizado para la confirmación diagnóstica de los casos con cáncer. Hospitalización y manejo para las complicaciones secundarias a su patología de base. Teniendo en cuenta la integralidad en el manejo del paciente con cáncer, en este amparo se incluye el cubrimiento económico de los estudios ANATOMOPATOLOGICOS para la confirmación diagnóstica; siempre y cuando estos resulten positivos para malignidad, sean realizados de manera ambulatoria o durante una hospitalización, en aquellos casos que se confirmen, será cubierto el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica. No se hará necesario la exigencia del reporte de patología, cuando la toma de la muestra implique riesgo para la vida del paciente o disminución de su calidad de vida, siempre y cuando se evidencie a través de la clínica del paciente y con cualquier otro medio diagnóstico la existencia del cáncer. Lo anterior también se aplicara en el evento en que el paciente muera. Cuando el paciente se encuentre hospitalizado y se le diagnostique cáncer, toda esa hospitalización, incluyendo los eventos anteriores a la confirmación diagnóstica deberá ser cubierta por la Póliza, siempre y cuando estos tengan que ver con su patología de base. Cubre la atención ambulatoria o con internación de la enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidad de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del médico tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social. Incluye 104 Kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada Kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).
7.Reemplazos Articulares	Incluye los reemplazos articulares según lo contemplado en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social en su anexo 2, incluyendo además: Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los servicios hospitalarios y ambulatorios en el nivel que se requiera para la atención. Las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación para los pacientes sometidos a reemplazo. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye: • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.
8.Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos	Se cubren las tecnologías en salud inherentes a la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación para pacientes críticamente enfermos de todas las edades así como las tecnologías y servicios de salud simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando correspondan a los grupos poblacionales, enfermedades, casos y eventos incluidos en el presente título, según criterio del médico tratante y los definidos en la resolución 5261 de 1994 en sus artículos 29 y 30. Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos según los criterios definidos por la sociedad Colombiana de Neonatología. Durante la permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, las tecnologías, soluciones y diluyentes, medicamentos, sustancias para nutrición, dispositivos médicos y ayudas técnicas cubiertos son los contemplados en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social. Para el asegurado que cumpla los criterios de UCI definidos en la normatividad vigente y que sea necesario atenderlo en cuidado Intermedio debido a que no existe la posibilidad de la cama en UCI, en este caso se reconocerá el amparo como UCI a tarifas de Cuidado Intermedio. Aclaración de la cobertura: Comprenden equipos de ayuda diagnostica y de complementación terapéutica como electrocardiograma, Monitoria

<table>
<tr><td></td><td>Calidoscópica y de Presión Arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, nebulizadores. Todo esto va incluido dentro de la tarifa que se reconoce como derechos de habitación en la Unidad de Cuidado Intensivo y no generaran ningún pago adicional por su utilización.</td></tr>
<tr><td>9.Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea, córnea e implante coclear</td><td>Remplazo con fines terapéuticos de médula ósea, renal, hígado, córnea e implante coclear de una persona, por otros iguales o asimilables, provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o muerto. Debe ser realizado en un hospital o clínica de alta especialidad, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobados, Incluye las tecnologías complementarias necesarias incluidas en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social y comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo.

2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del Receptor.

3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.

4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.

5. Preparación del paciente y la atención o control post trasplante.

6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante y/o sus complicaciones inherentes al mismo.

• Los principios activos y medicamentos serán cubiertos conforme con lo dispuesto en la normatividad vigente. En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

• En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.</td></tr>
<tr><td>10.Manejo del Trauma Mayor</td><td>Manejo de urgencias y tratamiento intrahospitalario médico y quirúrgico para el paciente que ha sufrido una lesión física, traumática o química que interesa a uno o más órganos o sistemas, poniendo en peligro inminente su vida. Tiene un índice de severidad mayor de 15, utilizando la tabla de Índice de Trauma Revisado (ITR) y requiere de manejo intrahospitalario.

Se incluye:

• Actividades, intervenciones y procedimientos para confirmación del diagnóstico inicial, atención de urgencias, hospitalización médica o quirúrgica.
• Tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo, rehabilitación.
• Manejo de complicaciones directamente relacionadas con el trauma mayor.
• Control posterior hospitalario y ambulatorios

<table>
<tr><td>PUNTAJE</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>6</td></tr>
<tr><td>REGION</td><td>EXTREMIDADES PIEL</td><td>SOLAMENTE ESPALDA</td><td>SOLAMENTE TORAX</td><td>CABEZA (INCLUYE CUELLO), ABDOMEN MULTIPLES</td></tr>
<tr><td>TIPO DE TRAUMA</td><td>HERIDA ABIERTA MENOR</td><td>IMPACTO CERRADO UNICO QUEMADURA 2DO. GRADO</td><td>HERIDA ABIERTA MAYOR QUEMADURA TERCER GRADO ACP</td><td>BALA PERDIGON</td></tr>
<tr><td>CARDIOVASCULAR</td><td>TAS>100 P<100</td><td>TAS 80-100 P 100-140</td><td>TAS <80 P>140</td><td>NO PULSO</td></tr>
<tr><td>RESPIRATORIO</td><td>DOLOR TORACICO FR 10-25</td><td>FR> DE 25 < O IGUAL A 35</td><td>FR >35 O DE 10 TIRAJES ASPIRACION</td><td>APNEA</td></tr>
<tr><td>S.N.C.</td><td>DESORIENTADO CONFUSO</td><td>RESPONDE A ESTIMULO VERBAL</td><td>RESPONDE AL DOLOR</td><td>NO RESPONDE</td></tr>
<tr><td colspan="5">SELECIONE EL MAS ALTO EN CADA CATEGORIA Y SUME PARA OBTENER EL PUNTAJE TOTAL</td></tr>
<tr><td colspan="5">3 - 9 MENOR 10- 14 MODERADO 15 - 19 SEVERO 20 CRITICO</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

11.Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas	Incluye procedimientos quirúrgicos realizados con el fin de corregir malformaciones congénitas (Alteraciones macrosómicas presentes al momento del nacimiento), de eventos quirúrgicos definidos en los manuales tarifarios como "Grupos Especiales" (Grupos 20-23 de la tarifa Decreto 2423 de 1996 o más de 140 UVR de la tarifa ISS). Se incluyen las tecnologías en salud (actividades, intervenciones y procedimientos) para la confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo y el control posterior al tratamiento.
12. Transporte De Pacientes Con Diagnostico De Enfermedad De Alto Costo.	En todos los amparos se cubre el traslado interinstitucional acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a diferentes niveles de atención con orden médica. Para el caso del amparo de Unidad de Cuidado Intensivo, se cubrirá el transporte si durante el mismo tiene criterios clínicos de U.C.I. y siempre y cuando el medio de transporte cumpla con los requisitos de cuidado intensivo, o se le preste soporte monitoreo intensivo.

DEDUCIBLE

Para el presente contrato de seguro el deducible es de **SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 72.500.000).**

LAS ENFERMEDADES AMPARADAS

Actualmente en tratamiento, deben ser cubiertas por el seguro objeto de la presente invitación pública, situación que debe ser indicada expresamente por los oferentes

PREEXISTENCIAS

Quedaran cubiertas bajo esta póliza todas aquellas reclamaciones que correspondan a enfermedades de Alto Costo preexistentes, es decir todas aquellas que actualmente están en tratamiento o que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de iniciación de la póliza.

NO EXISTEN PERIODOS DE CARENCIA

Es decir que las personas con diagnostico positivo de las patologías, que se vienen manejando serán amparadas desde el momento en que inicie la póliza.

EL AMPARO AUTOMÁTICO DE LOS ASEGURADOS

Debe ser automático a partir del momento en que la persona se encuentre a cargo de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, sin exigir aviso para nuevas inclusiones.

AUDITORÍA CONCURRENTE

La auditoría concurrente consiste en evaluar el procedimiento en el mismo momento en que se está llevando a cabo, basados en la cobertura en pro de garantizar al usuario la calidad de la atención y la racionalización de los costos.
La aseguradora realizará visitas de Auditoría concurrente, a través de su equipo de auditores, la cual se llevará acabo a la atención de los pacientes que se encuentren hospitalizados en la red de prestadores de servicios de salud que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC tenga contratada; siempre y cuando lo consideren necesario o donde las condiciones particulares de la póliza lo ameriten, para que se realice las respectivas reservas técnicas para cada evento y además con el ánimo de optimizar recursos y manejar la siniestralidad en el sentido que sea favorable entre las partes.
Para los casos de auditoria concurrente, el Auditor de la aseguradora realizará la visita de campo, identificará si los casos auditados hacen parte o no de la cobertura y realizará la evaluación de la calidad de la atención en el mismo momento en que se está llevando a cabo la prestación del servicio; lo anterior, basados en los alcances y limitaciones de la póliza.
La aseguradora enviará el concepto de todas las auditorías realizadas mediante medio magnético vía Correo Electrónico o Correo Físico a la Gerencia de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad

Pedagógica y Tecnológica de Colombia, al interventor y al corredor de seguros, durante los cinco días calendario siguientes a la realización de la visita, anexando el resultado de la auditoria.
El concepto de auditoría emitido por la aseguradora podrá ser acogido o no por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.
De igual manera, se deberá clasificar el caso auditado así:

1. Evento de Enfermedad de Alto Costo
Se clasificara así cuando el evento corresponde en su totalidad a la cobertura de la Póliza.

2. Evento de Enfermedad General
Se clasificara así cuando el evento corresponde en su totalidad a una patología no objeto de Cobertura de la Póliza.

3. Evento Mixto
Se clasificara así cuando el evento tiene cobertura de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo y además tiene servicios que corresponden a Enfermedad General no objeto de cobertura de la póliza.

4. Evento no clasificable
Se clasificaran así a las atenciones que por su particularidad, no definición del diagnóstico u otro motivo al momento de la concurrencia no es viable su clasificación.

Caso en el cual el auditor concurrente debe justificar por qué no fue posible la misma.

DOCUMENTOS UNICOS REQUERIDOS PARA LA INDEMNIZACION DE LOS RECLAMOS:

Los documentos únicos que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC presentará para la respectiva indemnización de los reclamos serán los siguientes:

- Formulario de aviso (definido por la universidad)
- Factura de la IPS en original, copia al carbón o copia autenticada, que cumpla con los requisitos DIAN.
- En caso de no poder anexar original o copia al carbón de facturas individuales o múltiples se aceptará la autenticación por autoridad competente.
- Formato de solicitud de indemnización de la Aseguradora (definido por la Universidad).
- Epicrisis o resumen de historia clínica o soportes del médico tratante.
- Para el VIH o Cáncer, sino es posible tener reporte de prueba confirmatoria se podrá certificar con otro soporte de la historia clínica, o soportes sustitutos acordes con la ciencia médica.

En concordancia con lo estipulado por el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, y lo dispuesto en el artículo 25 del decreto ley 19/12, la Compañía no solicitará copia de la cédula de ciudadanía, ni del carnet de afiliación, ya que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC enviará mensualmente la base de datos de usuarios. En caso que existan dudas sobre el estado de afiliación de un asegurado, la aseguradora aceptará el certificado de afiliación expedido por la UNIVERSIDAD UPTC, según sea el caso.

AUDITORIA DE SINIESTROS

Evalúa desde la admisión todos los procedimientos, medicamentos, insumos, soportes y facturas, de manera que se asegure que cumplan con los criterios de utilización pertinentes y autorizados y así mismo se ajusten a la ley, los convenios, cobertura de póliza y tarifas prestablecidas (Evaluación Concurrente y Retrospectiva).

Esta evaluación de las cuentas constituye la herramienta más importante dentro de la auditoria retrospectiva, y permitirá determinar el pago real de la cuenta sin detrimento de lo autorizado y realizado al paciente.

Así mismo, una vez realizada la auditoria retrospectiva, la aseguradora podrá conocer el monto real a pagar y por lo tanto dentro de los términos de aseguramiento, podrá establecer un ajuste a su reserva.

La compañía aseguradora pondrá a disposición de la UNIVERSIDAD el grupo necesario conformado por profesionales Médicos Especializados en Auditoria Medica, con experiencia mínima de (3) tres años en auditoria de enfermedades de Alto Costo o de no cumplirse el requisito del título de especialización, la aseguradora podrá presentar Profesional (es) Médico (s) con título en la modalidad de diplomado en auditoria en salud, con experiencia mínima de (5) cinco años en auditoria enfermedades de Alto Costo, dicha experiencia se acreditara a partir de la fecha de otorgado el título, para que realice auditoria de Cuentas.

Es de anotar que ese perfil profesional del auditor Medico debe mantenerse durante toda la vigencia de la presente Póliza y sus posibles prorrogas.

La Compañía Aseguradora a través de sus auditores, auditara las cuentas CON CRITERIO MEDICO OBJETIVO, TENIENDO EN CUENTA LAS COBERTURAS CONTRATADAS, así como los criterios establecidos de inclusión para la presente póliza y los acuerdos a que se llegase con posterioridad.

TARIFA PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

La compañía indemnizará al asegurado los costos de atención de las enfermedades amparadas, de acuerdo con las tarifas convenidas por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC con su red de IPS, para lo cual el tomador presentará una relación de dichos convenios a la aseguradora. En caso de dudas sobre las tarifas para la liquidación de siniestros, la aseguradora aceptará como válida la certificación de la tarifa vigente expedida por la IPS respectiva o en su defecto por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

REPORTE DE PAGOS, GLOSAS, OBJECIONES

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL TRÁMITE DE PAGOS, GLOSAS Y OBJECIONES

La compañía aseguradora una vez terminado el proceso de liquidación de siniestros formulará y entregara a la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, el "INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES" según la estructura establecida, si la aseguradora no ha radicado respuesta en la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC en el plazo establecido se dará por aceptado el siniestro por parte de la aseguradora.

Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. Es decir que todos los siniestros deberán ser objeto de auditoria, sin que se incurra en la generación de reglosas.

Además una vez terminado el proceso de liquidación de siniestros o respuestas de glosa por parte de la aseguradora esta enviara el resultado de la liquidación en un informe individual por cada siniestro y el "INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES" en Excel en medio magnético con las siguientes variables:

INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE CAMPO	LONGITUD
NIT IPS	Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago, Incluido digito de control (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302).	Char	15
No de Factura	Corresponde al número de Factura del siniestro. Importante un NIT y una factura se puede repetir muchas veces y corresponden a la misma reclamación.	Char	12
Id Reclamación	Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC e identificado como Id.	Numeric	18
Código Operación	1=Reporte Primera Vez de Pagos, Glosas y Objeciones, 2=Reporte Respuesta Glosa Parcial,	Numeric	2
Consecutivo	Corresponde al consecutivo del reporte de la aseguradora	Numeric	10
No de Siniestro	Corresponde al número asignado a cada reclamación por la compañía.	Char	50
No de Póliza	Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro	Char	50
No documento Identidad	Corresponde al número de identificación afiliado o beneficiario.	Char	15
Apellidos	Corresponde a los apellidos del afiliado o beneficiario que recibió la atención	Char	200
Nombre	Corresponde a los nombres del afiliado o beneficiario que recibió la atención	Char	200
Fecha de Siniestro	Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Fecha del Aviso	Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD.	Date	10
Patología	Corresponde a la patología de la cobertura y debe corresponder con la patología de la reclamación, según la tabla establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC.	Char	200
Clasificación Procedimiento	Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos establecida por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC	Date	25
Código CIE10	Corresponde al Código CIE10. (Código de la tabla CIE10 Eje: C210, Z975, M968) especifico.	Numeric	5
Valor Reclamado	Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial	Money	
Deducible	Corresponde al valor del deducible aplicado.	Money	
Valor de glosa o de objeción	Corresponde al valor de la glosa o de la objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación. Una factura puede tener muchas glosas y cada glosa debe tener su número propio de identificación (IdGlosaAseguradora). Cada glosa se debe reportar en un registro.	Money	

Total a Pagar	Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado por la IPS (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica – Retefuente.	Money	
Id Glosa Aseguradora	Cada glosa debe venir identificada con un número único por factura glosada. El cual debe ser enviado cada vez que se reporte una actividad sobre esta glosa. Este campo lo debe asignar la aseguradora. (El consecutivo debe ser por reclamación, es decir por cada reclamación debe empezar en 1).	Numeric	3
Clasificación de la Glosa	Corresponde a la clasificación de la glosa. Una glosa puede contener muchas clasificaciones separadas por coma. De acuerdo al Manual Único de Glosas	Char	200
Motivo de la glosa	Corresponde a la descripción del Motivo de la glosa. Cada uno de los motivos debe estar separado por asterisco (*).	Char	2000

La variable Clasificación de Procedimiento se reportara así:

Clasificación del Procedimiento
Atención Integral de Urgencias
Consulta Ambulatoria por Medicina General
Consulta Ambulatoria por Especialista
Atención Hospitalaria
Procedimiento Quirúrgico
Exámenes Paraclínicos
Servicio de Ambulancia
Suministro de Medicamentos
Prótesis e Insumos

INFORME DE PAGOS

Dentro de los diez (10) primeros días de cada mes se entregara el reporte definitivo de los siniestros pagados en el mes inmediatamente anterior en un informe en Excel en medio magnético con las siguientes variables:

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE CAMPO	LONGITUD
NIT IPS	Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago. (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302).	Char	15
No de Factura	Corresponde al número de Factura del siniestro	Char	12
Id Reclamación	Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC e identificado como Id.	Numeric	18
Consecutivo	Corresponde al consecutivo del reporte		
No de Siniestro	Corresponde al número asignado a cada reclamación por la compañía, es único e irrepetible	Char	50
No de Póliza	Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro	Char	50
Cédula	Corresponde al número de identificación del afiliado o beneficiario.	Char	15
Nombre del afiliado o beneficiario	Corresponde al nombre del afiliado o beneficiario que recibió los servicios.	Char	300
Fecha de Siniestro	Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Fecha del Aviso	Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD.	Date	10
Fecha de Pago	Corresponde a la fecha de pago de la compañía. En formato = AAAAMMDD .	Date	10
Fecha Forma	Corresponde a la fecha de formalización del siniestro. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Patología/ amparo	Corresponde a la Patología de Alto Costo Cubierta por la cual se realiza la indemnización. (Se toma la descripción de la tabla de patologías establecida por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC)	Char	200
Clasificación Procedimiento	Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos. Establecida por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC)	Char	200
Valor Reclamado	Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial	Money	
Deducible	Corresponde al valor del deducible aplicado.	Money	
Valor de glosa o de objeción	Corresponde al valor de la glosa o de objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación	Money	
IdGlosaAseg	Id de la glosa cuando se trata de un pago sobre una glosa previamente aplicada y si no debe venir en cero el campo.	Numeric	3
Descuento por pronto pago	Corresponde al valor descontado en cada factura según el acuerdo comercial de la aseguradora con cada IPS	Money	
Retefuente	Corresponde a la Retefuente.	Money	
Reteica	Corresponden a los valores descontados por impuestos	Money	
Total a Pagar	Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica – Retefuente	Money	

No de comprobante de egreso	Número de comprobante de egreso con que se realiza el pago	Char	15
Notas crédito y debito	Valor de ajuste crédito o débito según el signo que tenga.	Money	

La variable Clasificación de Procedimiento se reportara así:

Clasificación del Procedimiento
Atención Integral de Urgencias
Consulta Ambulatoria por Medicina General
Consulta Ambulatoria por Especialista
Atención Hospitalaria
Procedimiento Quirúrgico
Exámenes Paraclínicos
Servicio de Ambulancia
Suministro de Medicamentos
Prótesis e Insumos

PROCESO DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS

En los casos en que la glosa es contestada y es ratificada por LA COMPAÑÍA ASEGURADORA y dicho concepto no es aceptado por el tomador de la Póliza, se acordarán reuniones de conciliación de glosa de manera periódica, en las oficinas de la COMPAÑÍA ASEGURADORA o en la UNIVERSIDAD; en dichas reuniones se levantarán actas y se definirá el estado final de las glosas, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Póliza.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo después de la conciliación entre las partes, con el ánimo de dirimir el desacuerdo, en primer lugar se realizara una auditoria de pares de la especialidad según la cobertura, los cuales serán escogidos por las partes, quienes definirán el pagador del servicio y las partes acogerán dicha decisión. Los honorarios derivados por dicha auditoria serán a cargo de la COMPAÑÍA ASEGURADORA.

GENERACIÓN Y ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE SINIESTRALIDAD

La compañía aseguradora elaborará y entregará a la unidad de servicios de salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia dentro de los diez (10) primeros días de cada mes además del informe de glosas y objeciones y el de pagos, las estadísticas de la siniestralidad presentada por la póliza expedida, la cual debe contener la siguiente información:

Numero de factura, Número del Siniestro, fecha de aviso a la aseguradora, nombre de la persona afectada, documento de Identificación, Sexo, edad, fecha del siniestro (fecha de atención), Nombre de la sede, IPS que prestó el servicio, código CIE 10, descripción del diagnóstico CIE 10, amparo afectado, CODIGO CUPS; descripción del procedimiento CUPS, valor reclamado, valor glosado, valor indemnizado, número de comprobante de egreso, fecha de pago y cuenta de consignación, causa de glosa.

Todo lo anterior acompañado con los soportes en archivo magnético en formato tif y en físico, correspondientes por cada siniestro, Liquidación de la factura, informe de auditoría, comprobante de egreso y de pago.

Adicionalmente al anterior informe debe contener:

- Análisis económico del comportamiento de la póliza el cual debe contener: Frecuencia y monto consolidado por amparo, frecuencias y costos por I.P.S., monto de glosas y valores objetados.
- Análisis de las tasas generales y específicas de eventos de Alto Costo y análisis de frecuencias simples y tendencias.
- Listado de siniestros que se encuentran detenidos por falta de soportes.
- Listado de siniestros objetados donde se especifique la causa de la objeción.

CONDICIONES PARTICULARES

1. INTERÉS

Cubre la cartera de la UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA con relación a los EVENTOS cubiertos por la póliza demandados por un mismo paciente respecto a una misma patología en cumplimiento del Plan de Beneficios de la Universidad.

2. PRESCRIPCIÓN

Período de prescripción según lo establecido por la legislación colombiana, artículo 1081 del Código de Comercio. Adicionalmente, la Compañía aseguradora deberá efectuar a la UNIVERSIDAD UNISALUD UPTC -, una vez comunicada la ocurrencia de los siniestros, como mínimo dos (2) requerimientos relacionados con el cumplimiento de la totalidad de los requisitos necesarios para hacer efectivo el pago de la indemnización, el último de los cuales deberá hacerse dentro de los cuatro (4) meses anteriores a la fecha estimada de prescripción de las acciones.

3. PREEXISTENCIAS

Se incluye el tratamiento de enfermedades pre-existentes sujeto a lo establecido en el Plan de Beneficios de la UNIVERSIDAD – UNISALUD.

4. MEDICAMENTOS

En todos los amparos se cubren los medicamentos definidos en la resolución 5926 de 2014 y su anexo y los no cubiertos siempre, cuando se requieran para el manejo de las patologías cubiertas por la Póliza.
Incluye además las tecnologías, soluciones y diluyentes, sustancias para nutrición, dispositivos médicos y ayudas técnicas cubiertos en la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 y sus anexos y Resolución 5975 de 2016 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social Cuando la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC así lo requiera, podrá solicitar a la compañía de seguros el suministro y pago directo de los medicamentos, a los afiliados que se encuentren en tratamiento para patologías de Alto Costo cubiertas por la Póliza.
Para lo cual la aseguradora, dispondrá de un esquema de suministro de medicamentos, el cual será avalado y aprobado por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, para lo cual el proponente deberá describir la metodología para el suministro de los mismos, a precio preferencial para la UNIVERSIDAD- UNISALUD UPTC.

5. DEFINICIÓN DE EVENTO

Se define como evento los múltiples gastos que ocasiona un paciente, por el tratamiento o atención que tenga que recibir debido a una misma patología o a otra diferente como consecuencia de la anterior.

6. COBERTURA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

La Compañía reconocerá los gastos incurridos por la continuidad del tratamiento de las enfermedades de Alto Costo, que actualmente se encuentran en curso de atención por parte de la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC - a partir del inicio de la vigencia de la póliza, sin aplicar restricciones.

7. AMPARO AUTOMÁTICO DE ASEGURADOS A PARTIR DE LA VINCULACION A LA UNIVERSIDAD

La póliza cubrirá automáticamente la inclusión de nuevos afiliados a partir de la vinculación al servicio médico de la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

8. CLAUSULAS EN ANEXO:

En la póliza se incluirán como un anexo las siguientes cláusulas, sin perjuicio de las que sean obligatorias, en cumplimiento a lo establecido en la ley, en el Código de Comercio y demás normas concordantes y de las que se ofrezcan en la presente invitación.

268

9. MODIFICACION DE LA POLIZA:

De conformidad con el artículo 1071 del Código de Comercio, la Entidad tendrá el derecho de revocar unilateralmente el contrato de seguro, en cualquier momento de su ejecución.
En el momento que se modifiquen las normas de referencia tanto para planes de beneficios como para medicamentos y estas afecten a las partes, se renegociarán las condiciones, tanto como en uno como en otro sentido, de mutuo acuerdo.
Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por un representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta póliza.

10. NUMERO DE DIAS HABILES DENTRO DE LOS CUALES SE EFECTUARA EL PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía de Seguros efectuará el pago dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

OFERTA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Corresponde al 3% de la participación en la cofinanciación de los programas Fomento y Prevención de la UNIVERSIDAD, para el periodo de vigencia de la póliza el cual se aplica sobre el valor de las primas adjudicadas.

CUBRIMIENTO DE EVENTOS NO POS DEMOSTRANDO COSTO- EFECTIVIDAD

Para aquellas intervenciones o procedimientos (no incluye apoyo diagnóstico, imagenología y laboratorios) que no estén descritas en la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 y sus anexos y Resolución 5975 de 2016 y sus anexos o las normas que la modifiquen o deroguen, se cubrirán si se demuestra ante la Aseguradora, que es costo-efectivo, mediante los mecanismos que establezca la aseguradora, en términos de: calidad, disminución de costos, disminución de estancia, mayor efectividad en los resultados esperados.

GIRO DE LAS INDEMNIZACIONES "NO SUJETO A PAGO PREVIO A LAS IPS"

La Aseguradora girarán los recursos objeto de la presente cobertura, con la presentación de las facturas que le presenten las IPS, como demostración de la "cuantía de pérdida", reflejando así los costos en que han incurrido UNISALUD, con ocasión de la atención de pacientes afiliados a su servicio médico, que padecen Enfermedades de Alto Costo cubiertas por esta póliza.

NO APLICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Dado que el régimen de UNISALUD es especial, el proponente NO EXCLUIRA DE LA COBERTURA, patologías o procedimientos derivados de dichos riesgos, sean calificados o no.

APLICACIÓN A PRORRATA DEL DEDUCIBLE PACTADO POR CANCELACION DE LA PÓLIZA ANTES DE LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA ACORDADA, POR CUALQUIER CAUSA.

Para aquellos casos en donde cese la cobertura de la póliza por cualquier causa, en forma automática el deducible primario operará proporcionalmente a las doceavas en que estuvo vigente la póliza.

LIMITE AGREGADO ANUAL

De acuerdo al presupuesto establecido para la contratación de la póliza, el valor estipulado inicialmente del límite agregado anual es de **CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE ($ 486, 810,000)** Es de anotar que al final de la vigencia de la póliza se realizara el ajuste correspondiente al límite agregado anual del 1.5 veces el valor de las primas emitidas y recaudas por la aseguradora para determinar el valor real a indemnizar.

6. CONDICIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

PÓLIZA DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Las condiciones, coberturas, cláusulas, límites y/o plazo indicados a continuación no son de obligatorio ofrecimiento por los oferentes. Para su calificación se considerarán los siguientes criterios que corresponden a los generales aplicables, por lo tanto en el caso que se estipulen criterios particulares dentro del contenido de las condiciones, estos primarán sobre los generales:

Se precisa que el ofrecimiento de condiciones (que presten beneficio a la Entidad Asegurada), **adicionales** a las complementarias solicitadas o en exceso a las mismas; no serán objeto de asignación de puntaje, no obstante la presentación de éstas obliga a la Aseguradora a su otorgamiento en caso de que el contrato le sea adjudicado y el oferente con la firma de la propuesta acepta esta condición.

- **Condiciones complementarias, con requerimiento de oferta de límites y/o valores fijos que se registren en tablas y/o que contemplen rangos y/o valores con base en los cuales se debe efectuar el ofrecimiento:**

  1. Para acceder a calificación, el oferente deberá registrar en forma expresa y de manera clara, el valor y/o límite que ofrece.

  2. En el caso de presentar propuesta por un valor y/o límite diferente al establecido en los rangos de la tabla, se tomará para la asignación de puntaje, el monto y/o límite del rango inmediatamente anterior al del valor ofrecido y el Oferente acepta esta condición con la firma de la oferta y, de ser adjudicada la propuesta, expedirá la póliza con el valor indicado en la propuesta.

- **En el caso de que en el resultado del cálculo proporcional arroje un puntaje menor a un punto, se asignará como calificación 1 punto.**

  El oferente deberá señalar expresamente en su propuesta las condiciones complementarias que ofrece especificando límite, periodo y demás información necesaria para su evaluación de acuerdo con las condiciones de cada una de ellas, en caso que indique "se otorga" ó "si", la UNIVERSIDAD - UNISALUD, entenderá que las mismas fueron ofrecidas al máximo límite o periodo y por lo tanto se asignará el mayor puntaje al límite y periodo requerido.

6.1.2	PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO	Puntaje a Otorgar
El Proponente deberá ofrecer su participación en la cofinanciación de los programas Fomento y Prevención de la UNIVERSIDAD - UNISALUD, para el periodo de vigencia de la póliza. Se calificará el ofrecimiento de cofinanciación por parte de la aseguradora, adicional al porcentaje del 3% establecido en el presente pliego; de acuerdo con el siguiente cuadro, el cual se aplica sobre el valor de las primas adjudicadas.		40
Sin porcentaje	0 Puntos	
1%	10 Puntos	
2%	20 Puntos	
3%	40 Puntos	
CUBRIMIENTO DE EVENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD DEMOSTRANDO COSTO - EFECTIVIDAD		80

Para aquellas intervenciones o procedimientos (no incluye apoyo diagnóstico, imagenología y laboratorios) que no estén descritas en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos o las normas que la modifiquen o deroguen, se cubrirán si se demuestra ante la Aseguradora, que es costo-efectivo, mediante los mecanismos que establezca la aseguradora, en términos de: calidad, disminución de costos, disminución de estancia, mayor efectividad en los resultados esperados.	
GIRO DE LAS INDEMNIZACIONES "NO SUJETO A PAGO PREVIO A LAS IPS"	30
La Aseguradora girarán los recursos objeto de la presente cobertura, con la presentación de las facturas que le presenten las IPS, como demostración de la "cuantía de pérdida", reflejando así los costos en que han incurrido UNISALUD, con ocasión de la atención de pacientes afiliados a su servicio médico, que padecen Enfermedades de Alto Costo cubiertas por esta póliza.	
NO APLICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL	50
Dado que el régimen de UNISALUD es especial, el proponente NO EXCLUIRA DE LA COBERTURA, patologías o procedimientos derivados de dichos riesgos, sean calificados o no.	
APLICACIÓN A PRORRATA DEL DEDUCIBLE PACTADO POR CANCELACION DE LA PÓLIZA ANTES DE LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA ACORDADA, POR CUALQUIER CAUSA	30
Para aquellos casos en donde cese la cobertura de la póliza por cualquier causa, en forma automática el deducible primario operará proporcionalmente a las doceavas en que estuvo vigente la póliza	
OFERTA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	20
La Compañía Aseguradora deberá anexar una relación detallada de los servicios especiales que pueda ofrecer, para atender concretamente la póliza de Enfermedades de Alto Costo de UNISALUD, servicios que a su juicio han de representarle, beneficios económicos, técnicos y administrativos	
Total Puntos - Condiciones Complementarias	250

6.1.2	**DEDUCIBLES PÓLIZA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO**
La **UNIVERSIDAD - UNISALUD,** está interesada en recibir propuestas de deducibles que le permitan obtener la mayor indemnización posible, para información de los proponentes a continuación se presentan los deducibles que se están aplicando en la póliza actualmente contratada.	
Deducible Único $ 72.500.000	
6.1.3.	**EVALUACIÓN DE DEDUCIBLES (250 puntos)**
6.1.3.1	**Criterios de Evaluación**
La asignación de la calificación para este aspecto se realizará aplicando los puntajes señalados en las tablas contenidas a continuación de este numeral. En caso de presentarse dos propuestas en el mismo rango pero diferente valor, la misma se calificara de manera proporcional.	

RANGO DE DEDUCIBLE	Puntaje a Otorgar (250 puntos)
Sin deducible	250 Puntos
Superior a $0 y hasta $10.000.000	210 Puntos
Superior a $10.000.000 y hasta $15.000.000	170 Puntos
Superior a $15.000.000 y hasta $20.000.000	130 Puntos
Superior a $20.000.000 y hasta $25.000.000	90 Puntos
Superior a $25.000.000 y hasta $30.000.000	50 Puntos
Superior a $30.000.000. y hasta $35.000.000	42 Puntos
Superior a $35.000.000 y hasta $40.000.000	34 Puntos
Superior a $40.000.000 y hasta $45.000.000	26 Puntos
Superior a $45.000.000 y hasta $55.000.000	18 puntos
Superior a $55.000.000 y hasta $65.000.000	10 puntos
Superior a $65.000.000 y hasta $72.500.000	5 puntos
Superior a $72.500.000	**SE RECHAZA LA OFERTA**

6.1.4	Mayor Limite Asegurado por Patología (250 PUNTOS)

La asignación de la calificación para este aspecto se realizará aplicando los puntajes señalados en las tablas contenidas a continuación. En caso de presentarse dos propuestas en el mismo rango pero diferente valor, la misma se calificara de manera proporcional.

Ofrecimiento del límite adicional al básico 222.000.000. Se califica el límite adicional sin cobro de prima de acuerdo con los siguientes criterios.

RANGO DE LIMITE ASEGURADO	Puntaje a Otorgar
Sin Límite adicional al básico	0 Puntos
De $1 y hasta $10.000.000	10 puntos
De $10.000.001 y hasta $20.000.000	30 Puntos
De $20.000.001 y hasta $30.000.000	70 Puntos
De $30.000.001 y hasta $40.000.000	110 Puntos
De $40.000.001 y hasta $50.000.000	140 Puntos
De $50.000.001 y hasta $60.000.000	170 Puntos
De $60.000.001 y hasta $70.000.000	200 Puntos
De $70.000.001 y hasta $80.000.000	230 Puntos
De $80.000.001 y hasta $90.000.000	250 puntos

7. CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN

7.1. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: El contrato en mención tendrá una duración de ***Diez (10) MESES, contados a partir de las 00:00 horas del primero (1) de mayo de 2019 hasta las 24:00 horas del veintinueve (29) de febrero de 2020***, previa suscripción del acta de inicio y aprobación de las garantías requeridas por la Universidad.

7.2. TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE SEGUROS (El contrato resultante se plasmará en la correspondiente póliza de seguro la cual se regirá por las disposiciones de los presentes pliegos).

7.3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El Contratista se obligará a cumplir con las siguientes obligaciones:

a. ***EL OFERENTE FAVORECIDO SE OBLIGA A PRESENTAR CARTA DE AMPARO AUTOMATICO, FRENTE A LA POLIZA, A PARTIR DE LAS 0:00 HORAS DEL 01/05/2019 MIENTRAS SE EXPIDAN LAS PÓLIZAS OBJETO DEL PRESENTE PROCESO DE INVITACIÓN.***

b. Colaborar con la Universidad en lo que sea necesario, para que el objeto del contrato se cumpla.

c. Garantizar que todo el personal asignado para atender el programa de seguros, tenga la capacitación necesaria para el desarrollo de actividades el cada ramo, quienes no tendrán vínculo laboral alguno con la Universidad.

d. Acatar las órdenes que durante el desarrollo del Contrato se le impartan y de manera general, obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales.

e. Suscribir todas las actas que se originen dentro de la ejecución del contrato.

f. Garantizar la responsabilidad de la calidad, oportunidad y cumplimiento de los diferentes componentes de las pólizas.

g. Realizar seguimiento y evaluación con carácter permanente a la correcta prestación del servicio objeto del contrato.

h. Ejecutar las medidas especiales de control que le imparta verbalmente o por escrito el supervisor del Contrato designado por La Universidad

i. Salvaguardar la información confidencial que obtenga en desarrollo de sus actividades contractuales, salvo requerimiento valido de autoridad competente.

j. Aplicar las mismas condiciones que haya ofertado en su Propuesta, como tasas, amparos coberturas, para la inclusión y retiro de bienes y personas, etc., y cumplir con los requerimientos técnicos solicitados en los presentes Términos de referencia.

k. Indicar los documentos necesarios para atender las reclamaciones que afecten los ramos que se encuentran descritos en los presentes Términos de referencia

l. Capacitar a los funcionarios que la universidad designe para la obtención de los beneficios de las pólizas y la realización de los trámites que deban adelantarse en casos de reclamaciones. Así mismo deberá prestar la asesoría necesaria para la actualización de las pólizas y realizar los ajustes que se consideren necesarios.

m. Informar a la Universidad con treinta (30) días hábiles de antelación al vencimiento de las pólizas, el valor de las renovaciones o prórrogas, siendo obligación expedir las prórrogas si la Universidad las solicita, aplicando las mismas tasas pactadas inicialmente.

n. Generar las pólizas modificatorias que contengan las inclusiones o retiro de bienes, personal administrativo, funcionarios y estudiantes y en general realizar los ajustes necesarios a las pólizas, debidamente autorizados por escrito por el ordenador del gasto de la Universidad.

o. En las pólizas Generales liquidará las reclamaciones aplicando el deducible pactado en la póliza, sin incluir demérito por uso en los amparos de: Sustracción y Corriente Débil. La Universidad se reserva el derecho de solicitar la reposición del bien o el pago. Para tal efecto, los bienes muebles se aseguran a precios históricos, es decir, a precio de compra.

p. Los cambios o modificaciones a las condiciones de las pólizas, serán acordados mutuamente entre la Compañía y la Universidad, los certificados, documentos o comunicaciones que se expidan de mutuo acuerdo sobre modificaciones a las condiciones de las pólizas, formarán parte integrante del contrato. No obstante, si durante la vigencia de las pólizas se presentan modificaciones en las condiciones de los seguros, legalmente aprobadas que representen un beneficio a favor del asegurado, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas.

q. El contratista deberá contar durante todo el periodo de vigencia de las pólizas, con una oficina, sucursal o Agencia abierta al público en la ciudad de Tunja, con gerente, administrador y/ o Apoderado debidamente facultado para atender el programa de seguros en los diferentes ramos. siniestralidad vio trámites correspondientes a que haya lugar; con un equipo de trabajo idóneo que atienda las diferentes ramos y eventuales reclamaciones.

7.4. PRESUPUESTO Y FORMA DE PAGO: La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia cuenta con un presupuesto oficial para el objeto de la presente Invitación Privada, es de **TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($350.000.000)**, con cargo a la Disponibilidad Presupuestal N° 60 de fecha ocho (8) de abril de 2019.

El pago se realizará dentro de los 30 días siguientes a la facturación con el lleno de los requisitos establecidos en el estatuto tributario previo recibido a satisfacción por parte del funcionario encargado de ejercer la supervisión del contrato.

En cumplimiento de la Ley 30 de 1992 y el Acuerdo 074 de 2010, la Universidad descartará toda propuesta cuyo valor incluido IVA, esté por encima del Presupuesto oficial.

7.5. RIESGOS PREVISIBLES DE LA CONTRATACIÓN

CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN	ASIGNACIÓN		CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO
		ENTIDAD	CONTRATISTA	
PREVISIBLE	No suscripción del Contrato en Término	0%	100%	10% DEL VALOR DE LA OFERTA
PREVISIBLE	Que el contratista no cumpla con el objeto del Contrato	0%	100%	20% DEL VALOR DEL CONTRATO
PREVISIBLE	Que el contratista evada sus obligaciones laborales, de seguridad social y parafiscales	0%	100%	20% DEL VALOR DEL CONTRATO
PREVISIBLE	Que el contratista cause perjuicios a la Universidad o a terceros con actuaciones, hechos u omisiones	0%	100%	10% DEL VALOR DEL CONTRATO

7.6. MECANISMOS DE COBERTURA DE LOS RIESGOS

Póliza de seriedad de la oferta. Equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato, con una vigencia desde la fecha de presentación de la oferta y hasta la adjudicación y dos meses más.

Teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 25 del Acuerdo 074 de 2010, y como quiera que la presente invitación privada se desarrolla para suscribir contratos de seguros, en este proceso no se requiere la exigencia de garantías.

Las garantías en caso de tratarse de póliza, deberán ser expedidas por compañías de seguros o bancarias, cuyas pólizas matrices estén aprobadas por la Superintendencia Bancaria, y estarán sometidas a su aprobación por parte de la Universidad.

NOTA: AL PROPONENTE QUE RESULTE FAVORECIDO CON LA ADJUDICACION DEL CONTRATO, EN EL MOMENTO DE REALIZARSE LA ORDEN DE PAGO DE LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO, SE LE DEDUCIRÁ EL VALOR DE LA ESTAMPILLA AUTORIZADA MEDIANTE ORDENANZA 030 DE 2005 Y QUE CORREPONDE AL 1% DEL VALOR NETO DEL CONTRATO.

7.7. VALOR DE LA OFERTA: El valor de la propuesta será en pesos colombianos, **incluyendo IVA (SI HUBIERE LUGAR A ELLO)** (Debe establecer claramente el Régimen Tributario al que pertenece el proponente) y además los gastos y discriminando los impuestos a que haya lugar, la constitución de las garantías si las hubiese y los fletes o cualquier otro costo que pueda incrementar su valor, según requerimiento del supervisor del contrato y sin costo a la Universidad.

7.8. PLAZO PARA PRESENTAR OFERTAS: El plazo máximo para presentar las ofertas, será el señalado en el cronograma.

7.9. FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: Las ofertas junto a los requisitos habilitantes y de evaluación, deberán ser entregados personalmente en la Dirección Administrativa y Financiera, ubicada en el Tercer piso del Edificio Administrativo de la Universidad sede central Tunja.

La propuesta debe entregarse **en sobre cerrado, foliado desde la primera hoja, debidamente firmado y la propuesta económica además en medio magnética (Formato EXCELL)**

8. DOCUMENTOS INTEGRANTES DE LA OFERTA: La oferta económica debe realizarse teniendo en cuenta los anteriores requerimientos, y deberá acompañarse de los siguientes documentos, so-pena de rechazo de la misma sin prejuicio de la subsanabilidad:

8.1. DOCUMENTOS JURÍDICOS

Para el efecto se debe anexar la siguiente documentación:

CONDICIONES	DOCUMENTOS REQUERIDOS
Oferta firmada por el proponente o su representante Legal.	Carta de presentación de la oferta debidamente firmada por el proponente o su representante legal si es persona jurídica, por el propietario si es establecimiento de comercio, o por la persona que se encuentre debidamente facultada, de acuerdo con el modelo del FORMATO Nº 1 de la presente invitación. AUTORIZACION. Cuando el Representante legal de la firma proponente, de conformidad con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio,

	tenga limitada su capacidad para ofertar y/o contratar, deberá acompañar la correspondiente autorización del órgano directivo de la sociedad. Suscribir un compromiso anticorrupción. **FORMATO Nº 07**
Certificado de inscripción en la Cámara de Comercio	Certificado de inscripción en la Cámara de Comercio, expedido por la Cámara de Comercio, con fecha de expedición no mayor de 3 meses anteriores a la fecha de cierre de la INVITACIÓN. (APLICA PARA PERSONAS NATURALES).
Certificado dela Existencia y de Representación Legal	Si se trata de persona jurídica, copia del Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, expedido dentro de los tres meses anteriores al cierre del presente proceso. Dentro de su objeto social se debe acreditar la posibilidad de contratar el objeto de la presente invitación, según lo dispuesto en el Artículo 7 del Acuerdo 074 de 2010. (APLICA PARA PERSONAS JURIDICAS)
Estar a Paz y Salvo por concepto de pagos parafiscales, aportes a cajas de compensación, salud y pensiones.	Para el caso de Personas Jurídicas, Certificación expedida por el Revisor Fiscal, si la sociedad está legalmente obligada a tenerlo, o por el Representante Legal cuando no esté obligada, en la cual se acredite el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, si a ello hubiere lugar, durante los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta, de acuerdo con el modelo del **FORMATO Nª 6** de la presente Invitación. Para el caso de las personas naturales, éstas deberán manifestar, bajo la gravedad del juramento, si tienen empleados a su cargo, evento en el cual la declaración debe mencionar que se encuentran a paz y salvo por concepto de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y riesgos LABORALES) y a parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) y que ha cumplido con dichas obligaciones durante los últimos seis meses anteriores a la presentación de la propuesta. Ahora bien, si la persona natural no tiene empleados a su cargo, deberá manifestar dicha circunstancia bajo la gravedad del juramento, y declarar que se encuentra personalmente a paz y salvo por concepto de sus aportes a la seguridad social en salud y pensiones y que ha cumplido con dichas obligaciones. En caso de Consorcios o Uniones Temporales, se tendrá que allegar tantas certificaciones como integrantes del consorcio o unión temporal exista, es decir, debe haber una certificación por cada uno de sus integrantes. Con relación a este ítem la universidad evaluará el cumplimiento formal de las declaraciones de acuerdo al art.50 de la Ley 789 de 2002 cuya responsabilidad recae en los oferentes; en la eventualidad de presentarse inconsistencias se correrá traslado a la entidad competente

273

No encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad previsto legalmente para la contratación estatal, especialmente en las Leyes 821 de 2003, 80 de 1993, 190 de 1995, 734 de 2002, Decreto 2150 de 1995 y demás normas que las desarrollen, modifiquen o adicionen.	El Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría, los antecedentes judiciales y los antecedentes disciplinarios del proponente o de su Representante legal serán consultados directamente por la Universidad en las siguientes páginas web: • www.policia.gov.co • www.contraloriagen.gov.co • www.procuraduria.gov.co En todos los casos, el Proponente deberá afirmar bajo juramento, el cual se entiende prestado con la presentación de la oferta y de la firma del contrato, que no se encuentra incurso en las inhabilidades e incompatibilidades señaladas en el Estatuto de Contratación de la Universidad, la Constitución, o en la Ley. No encontrarse reportados en el boletín de responsables de la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo establecido en la Ley 610 de 2000, la cual será consultado por la Universidad al momento de realizar la evaluación jurídica.
Estar inscrito en el Registro Único Tributario	Copia del Registro Único Tributario RUT actualizado, expedido por la DIAN Documento de Conformación del Consorcio o Unión Temporal. De acuerdo a lo Previsto en el Numeral 5 de los presentes pliegos.
Documento de Conformación del Consorcio o Unión Temporal	En los eventos de presentación de propuestas bajo la forma de consorcio o unión temporal, por lo menos uno de los integrantes del consorcio o unión temporal - o todos según el caso, deberá comprender de manera explícita la realización de las actividades objeto de la invitación pública. Hay que tener en cuenta que según el objeto del contrato y la actividad a desarrollar, algunas veces se requiere que todos los miembros tengan el permiso de operación o la autorización respectiva. En todo caso, los integrantes del consorcio o unión temporal, podrán acreditar de forma independiente algunas de las actividades a contratar, de tal forma que la sumatoria de las mismas abarque la totalidad del objeto contractual exigido en el presente Pliego de Condiciones. Se deberá anexar con la propuesta, el ACTA DE ACUERDO ORIGINAL, que acredite la constitución del consorcio o unión temporal, la cual debe indicar como mínimo lo siguiente: *Indicar el título conforme al cual se presenta la propuesta (Consorcio o Unión temporal).* *Objeto del Consorcio o Unión Temporal, el cual será **"EXPRESAMENTE"** el mismo del Objeto de la Presente Invitación y consecuencialmente del Contrato.* *Tiempo de duración, que no será inferior al término del Contrato y tres (3) años más.* *Nombre del representante del Consorcio o Unión Temporal ante la UPTC, estipulando sus facultades y limitaciones.* *La manifestación **clara y expresa de responsabilidad solidaria e ilimitada**, de los miembros del consorcio frente a la UPTC **y limitada** para las Uniones*

Temporales, según la participación de sus miembros en la ejecución del Contrato.

Determinar las reglas básicas que regulen las relaciones entre los miembros del consorcio o unión temporal.

El porcentaje de participación de cada uno de los integrantes del Consorcio y Unión Temporal, según el caso.

En el caso de unión temporal deben señalarse los términos y extensión de la participación de cada uno de los integrantes en cuanto a las actividades o Items a realizar en su ejecución, los cuales sólo podrán ser modificados con el consentimiento previo y por escrito de la UPTC.

"Manifestación expresa" *de que las partes integrantes no podrán revocar el Consorcio o Unión Temporal durante el tiempo del Contrato con la UPTC.*

"Manifestación expresa" *de que ninguna de las partes podrá ceder su participación en el Consorcio o Unión Temporal a los demás integrantes de los mismos, según el caso.*

En ningún caso ningún oferente podrá participar con más de una Propuesta, ya sea individualmente o en consorcio y/o unión temporal, **so pena de rechazo de las ofertas**.

En caso de ser adjudicatarios los Consorcios y Uniones Temporales deberán presentar ante la Universidad el correspondiente RUT, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al acto de adjudicación, cuyo NIT, deberá ser único y exclusivo para cada contrato, lo anterior conforme el Decreto 2460 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Con la sola presentación de la propuesta el oferente declara expresamente que no está impedido para contratar, con la Universidad de conformidad con lo establecido en la Constitución, la Ley y el Acuerdo 074 de 2010.

El documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal se debe:

a- Indicar en forma expresa si su participación es a título de CONSORCIO o UNIÓN TEMPORAL.

b- Designar la persona, que para todos los efectos representará el consorcio o la unión temporal.

c- Señalar las reglas básicas que regulen las relaciones entre los miembros del consorcio o la unión temporal y sus respectivas responsabilidades.

d- En el caso de la UNIÓN TEMPORAL Y CONSORCIO señalar en forma clara y precisa, los términos y extensión de la participación en la propuesta y en su ejecución y las obligaciones y responsabilidades de cada uno en la ejecución del contrato (ACTIVIDADES), los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo de la Entidad contratante.

e- Señalar la duración del mismo que no deberá ser inferior a la

	del contrato y tres años más. f- En atención a lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, los integrantes del Consorcio o Unión Temporal en el documento de constitución deben manifestar para efectos del pago en relación con la facturación: • Si la va a efectuar en representación del consorcio o la unión temporal uno de sus integrantes, caso en el cual se debe informar el número del NIT de quien factura. • Si la va realizar el consorcio o unión temporal con su propio NIT, hecho que se debe indicar en el documento de conformación. Además se debe señalar el porcentaje o valor del contrato que corresponda a cada uno de los integrantes, el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. En este caso, para efectos de la inscripción en el Registro Único Tributario deberán tener en cuenta lo dispuesto en el Decreto 2645 de 2011. El impuesto sobre las ventas discriminado en la factura que expida el Consorcio o Unión Temporal, deberá ser distribuido a cada uno de sus miembros de acuerdo con su participación en las actividades gravadas que dieron lugar al impuesto, para efectos de ser declarado. En cualquiera de las alternativas anteriores, las facturas deberán cumplir los requisitos establecidos en las disposiciones legales. g - Suscribir por todos sus integrantes y el representante del mismo.
El proponente o su representante legal deben contar con documento de identificación válido.	Fotocopia de la cédula del proponente o su representante legal.
Documentos Confidenciales	Si se presenta alguna información o documentación que el proponente considere que es confidencial o privada, es necesario que en la carta de presentación de la Oferta se indique el carácter de confidencial de la misma, y que se cite la norma en que se apoya dicha confidencialidad.
Póliza	La Póliza de seriedad de la oferta ORIGINAL de la Póliza de Seriedad de la Propuesta a favor de Entidades Estatales, suscrita y firmada por el proponente y con el lleno de los siguientes requisitos: **BENEFICIARIO**: UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA, **NIT**. 891800330-1 **AFIANZADO**: El proponente **VIGENCIA**: Desde la fecha de entrega de la propuesta y hasta la fecha señalada para la adjudicación y dos (02) meses más. **VALOR ASEGURADO**: Diez por ciento (10%) del valor de la propuesta. Esta Garantía en caso de tratarse de pólizas, debe ser expedida

	por una compañía de seguros legalmente constituida en Colombia y el proponente deberá adjuntar el original de la garantía y el original del recibo de pago correspondiente o certificación en donde se indique que dicha póliza no expira por falta de pago o revocación.
Certificado expedido por la Superintendencia Financiera	Certificado de autorización para operar cada uno de los ramos de seguro y productos afines para los cuales presente oferta, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia dentro de los treinta (30) días calendarios anteriores a la fecha de cierre del presente proceso.

Notas:

- ***En el proceso primará lo sustancial sobre lo formal. En consecuencia no se rechazará una propuesta por la ausencia de requisitos o la falta de documentos que verifiquen las condiciones del proponente o soporten el contenido de la oferta. Tales requisitos o documentos podrán ser requeridos por la Universidad. Una vez requerido por la Universidad, el proponente cuenta con un plazo de un (1) día hábil para subsanar lo requerido.***

- ***Será de responsabilidad exclusiva del proponente los errores, omisiones o falta de conformidad en que incurra al indicar los precios unitarios y/o totales de la oferta (de cada una de las actividades descritas en el presente proceso, debiendo asumir los mayores costos o pérdidas que se deriven de errores, omisiones o faltas quedando entendido que el objeto contractual se recibirá a satisfacción única y exclusivamente con base en lo establecido en las especificaciones generales y particulares.***

- ***Todo costo que no esté incluido en la propuesta relacionada con personal y gastos administrativos requeridos adicionalmente por el Contratista será asumido por su propia cuenta.***

La Universidad **NO ACEPTARÁ PROPUESTAS U OFERTAS PARCIALES.** En ningún caso el oferente podrá participar con más de una Propuesta, ya sea individualmente o en consorcio y/o unión temporal.

La Entidad se reserva el derecho de verificar integralmente la autenticidad, exactitud y coherencia de la totalidad de la información aportada por el Proponente, pudiendo acudir para ello a las fuentes, personas, empresas, Entidades Estatales o aquellos medios que considere necesarios para el cumplimiento de dicha verificación.

8.2. DOCUMENTOS FINANCIEROS

8.2.1. PROPUESTA TÉCNICO ECONÓMICA

Los valores deberán expresarse en pesos colombianos, a precios fijos inmodificables. Por lo tanto, el Proponente favorecido con la adjudicación no podrá alegar durante la ejecución del contrato desequilibrios económicos y solicitar incrementos de precios por factores que pudieron ser previsibles de acuerdo con el comportamiento en el mercado del producto. Diligenciamiento del **ANEXO Nº 12.**

En el evento en que se ofrezcan descuentos u ofertas adicionales, éstos deberán indicarse por separado señalando las condiciones de los mismos

8.2.2. ORIGINAL O COPIA DEL CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (RUP) con fecha de expedición no mayor de 3 meses anterior a la fecha de cierre de la Invitación.

El proponente deberá estar clasificado, conforme a los códigos UNSPC adoptados por Colombia de la siguiente manera: Obligatorio.

SEGMENTOS	FAMILIAS	CLASES	CLASES Y PRODUCTOS

84	13	16	Producto: Seguros de vida, salud y accidentes

De la información financiera del registro único de proponentes (RUP) se verificara los correspondientes estados financieros a corte de 31 de diciembre de 2017 o información posterior a ésta. En caso de presentar información con corte anterior a la fecha establecida, SUS ESTADOS FINANCIEROS NO SERÁN EVALUADOS. En caso de consorcios o uniones temporales, se evaluarán los últimos estados financieros que reporte el RUP para cada uno de sus integrantes.

Solamente se evaluarán los estados financieros contenidos en el RUP, por tal razón NO SE ACEPTAN BALANCES FINANCIEROS.

En igualdad de condiciones se evaluarán los estados financieros en caso de Consorcios o Uniones Temporales y se realizará la SUMATORIA de los Estados Financieros de Cada uno de los integrantes.

8.3. DOCUMENTOS TÉCNICOS

8.3.1. <u>Propuesta Económica:</u> No puede ser superior al presupuesto oficial establecido en el presente pliego de condiciones por lo tanto, el Proponente favorecido con la adjudicación no podrá alegar durante la ejecución del contrato desequilibrios económicos y solicitar incrementos de precios por factores que pudieron ser previsibles de acuerdo con el comportamiento en el mercado del producto.

La propuesta económica, debe allegarse según **ANEXO N° 12**, **<u>en medio magnético y físico</u>**, éste último debe encontrarse en papel membretado del oferente y con la respectiva firma del Proponente o Representante Legal.

NOTA: En todo caso la no presentación de la propuesta económica como se solicita es decir, en papel membretado y con la firma del proponente, NO SERÁ CAUSAL DE RECHAZO DE LA PROPUESTA.

El proponente deberá ofertar de conformidad con lo previsto en el numeral 4 del presente, indicando en su propuesta económica, toda la información que considere necesaria para establecer en forma clara y precisa el valor de la misma:

- **<u>a.</u>** El valor total de la propuesta, deberá incluir el IVA (si hubiere lugar a ello), además de todos los gastos en los que incurra el proponente para el desarrollo del objeto contractual.
- **<u>b.</u>** Los valores deberán expresarse en pesos colombianos exactos, a precios fijos inmodificables.
- **<u>c.</u>** El valor total de la propuesta por el servicio no podrá superar el presupuesto oficial, destinado para la presente Invitación.
- **<u>d.</u>** El proponente deberá incluir dentro de su propuesta toda erogación, impuestos, retención, demás gastos y costos en que incurra para la ejecución del contrato.

En caso que este no se encuentre ajustado, la Universidad rechazará, la propuesta.

El valor de la propuesta incluye todos los costos directos e indirectos requeridos para la ejecución de la Supervisión; por lo anterior, el proponente favorecido con la adjudicación no podrá alegar durante la ejecución del contrato desequilibrios económicos y solicitar incrementos de precios por factores que pudieron ser previsibles.

8.3.2. Certificación de Experiencia. ADMISIBLE/ NO ADMISIBLE

Esta evaluación se realizará con base en la Experiencia Específica del Proponente que acredite el proponente en celebración y ejecución de contratos ejecutados a partir del primero (1) de Enero de 2010. Se considerará admisible el Oferente que acredite una experiencia igual o superior al 50% del Presupuesto oficial, acreditada mediante certificación de mínimo (1) y máximo tres (3) contratos suscritos con entidades diferentes, que contengan como mínimo la siguiente información: certificado contratos relacionados con el objeto contractual.

En los casos que el proponente presente documentación de experiencia de consorcios o uniones de los cuales hizo parte, la experiencia se evaluará de acuerdo al porcentaje de participación que tuvo en el mismo (consorcio o unión Temporal), para tales efectos deberá adjuntar en las respectivas certificaciones, fotocopia autenticada de la constitución de consorcio o unión temporal en mención (Salvo que dentro de la certificación firmada por el contratante se especifique el porcentaje de participación del oferente).

8.3.3. Certificación de Experiencia en la Atención y Pago de Siniestros.

La aseguradora deberá presentar una relación suscrita por su representante legal que incluya hasta tres (3) clientes que la aseguradora haya tenido dentro de los últimos cinco años, de los sectores público o privado en el ramo de Salud y que se hayan pagado indemnizaciones iguales o superiores a trescientos millones de pesos **($300.000.000)** en sumatoria. Para el efecto el Proponente deberá diligenciar el **ANEXO No. 3** de este documento.

8.3.4. Formato de aceptación de las especificaciones técnicas básicas obligatorias del seguro a contratar (ANEXO No. 11)

Cuando el PROPONENTE sea una persona jurídica, deberá acreditar su existencia y representación legal mediante la presentación del Certificado de Inscripción ante la Superintendencia Financiera como Compañía Aseguradora.

En el certificado se verificará la siguiente información:

a) Fecha de expedición con una antelación máxima de sesenta (60) días, contados a partir de la fecha inicialmente establecida para el cierre del presente proceso. (cuando se prorrogue la fecha de cierre, esta certificación tendrá validez con la primera fecha de cierre).
b) La persona jurídica debe haberse constituido legalmente por lo menos tres (3) años antes, contados antes de la fecha de cierre de la presente invitación. (cuando se prorrogue la fecha de cierre, el plazo se contará a partir de la primera fecha de cierre).
c) La duración de la sociedad no será inferior al plazo del contrato y cinco (5) años más, contados a partir de la fecha de cierre de la presente invitación.
d) Que estén contempladas las facultades del representante legal.

9. FORMA DE EVALUACIÓN

La adjudicación se hará al oferente cuya propuesta resulte más favorable y esté ajustada a las Condiciones y Requerimientos de Invitación, previa realización de los estudios y análisis comparativos del caso, y de conformidad con los factores de ponderación establecidos en el presente pliego.

Una vez efectuada la apertura del sobre, el Comité de Contratación, procederá a realizar el análisis Jurídico y Financiero y Técnico-económico de los documentos que lo integran, con el fin de determinar, acorde con el Acuerdo 074 de 2010, y las reglas previstas en el presente pliego de condiciones, para tal efecto se podrá apoyar en la Oficina Jurídica (respecto a la evaluación de los documentos jurídicos), en la Oficina de Bienes Suministros e Inventarios (respecto de la evaluación Financiera y de Experiencia) y el Comité Técnico Evaluador (Respecto a la Evaluación técnica Habilitante y de Puntaje):

CAPACIDAD JURIDICA	ADMISIBLE/NO ADMISIBLE
CAPACIDAD FINANCIERA	ADMISIBLE/NO ADMISIBLE
ACREDITACIÓN EXPERIENCIA	ADMISIBLE/NO ADMISIBLE
DOCUMENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS	ADMISIBLE/NO ADMISIBLE
FACTORES DE PONDERACIÓN	
ESTUDIO TÉCNICO	1000 PUNTOS
PUNTOS TOTAL ESTUDIO	1000 PUNTOS

9.1. CAPACIDAD JURÍDICA (HABILITANTE): Se estudiarán y analizarán los requisitos de orden legal exigidos en los Pliegos de Condiciones, verificando su estricto cumplimiento. Serán declaradas NO ADMISIBLES JURÍDICAMENTE las propuestas que no cumplan los citados requisitos legales sin perjuicio de la subsanabilidad.

9.2. CAPACIDAD FINANCIERA (HABILITANTE): Con base en la información contable que se encuentra en el Registro Único de Proponentes (RUP) y en el UNSPSC.

Con base en la información contable que reposa en el Registro Único de Proponentes, se evaluará lo siguiente:

Para efectos de la verificación financiera las personas jurídicas, consorcios o uniones temporales deberán acreditar mediante la presentación del Certificado de Inscripción, Clasificación y Calificación del Registro Único de Proponentes vigente y en firme expedido por la Cámara de Comercio del domicilio respectivo, los siguientes índices de Capacidad Financiera con corte a 31 de Diciembre de 2017.

Para el caso de los Consorcios o las Uniones Temporales la verificación financiera se realizará así:

Nota 1: Para todos los componentes la capacidad financiera se obtendrá de la sumatoria de los valores de cada uno de los integrantes de la unión temporal o consorcio.

Nota 2: Para la determinación del nivel de endeudamiento se excluirá del pasivo las obligaciones que tenga la casa principal con agencias o sucursales de la misma, siempre y cuando se encuentren debidamente reflejados en el Balance General Certificado con corte a diciembre 31 de 2017, conforme a las disposiciones legales vigentes (Ley 222/95, Decreto 2649/93).

Nota 3: Cuando se renueve o actualice el Registro Único de Proponentes, la información que ha sido objeto de modificación continuará vigente hasta que el acto de inscripción correspondiente de la nueva información quede en firme., caso en el cual deberá presentar en físico el Balance General y los estados financieros con corte 31 de diciembre de 2017 para efectos de la verificación.

a). Índice de Liquidez

Índice de liquidez = Activo Corriente / Pasivo Corriente

MENOR O IGUAL A 1.3	No admisible
MAYOR DE 1.3	**Admisible**

PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS:

El Índice de liquidez deberá ser mayor al 1.3

CONSORCIO Y UNIONES TEMPORALES:

El Índice de liquidez será la sumatoria del activo corriente de cada uno de los integrantes dividido entre la sumatoria del pasivo corriente de cada uno de los integrantes, el cual deberá ser mayor al 1.3, así:

$$\text{Liquidez} = \frac{\sum \text{Activo Corriente}}{\sum \text{Pasivo Corriente}}$$

b). Índice de Endeudamiento

Índice de Endeudamiento = (Total Pasivo / Total Activos)*100

MAYOR DE 91%	No admisible
MENOR O IGUAL 91%	**Admisible**

PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS:

El Índice de Endeudamiento debe ser menor o igual al **91%**

CONSORCIO Y UNIONES TEMPORALES:

El endeudamiento será la sumatoria del pasivo total de cada uno de los integrantes dividido entre la sumatoria del activo total de cada uno de los integrantes *100, el cual deberá ser menor o igual ≤ al **91% así**:

$$\text{Endeudamiento Total} = \frac{\sum \text{Pasivo total}}{\sum \text{Activo Total}} \times 100$$

El nivel de endeudamiento de los proponentes debe ser **menor o igual al noventa y uno por ciento (91%)**.

1.1.1.1.3. Razón de Cobertura de Intereses

No aplica.

1.1.1.1.4. Capital de Trabajo

No aplica.

1.1.1.1.5. Patrimonio Adecuado

Para efectos de la verificación del cumplimiento de este requisito, **Universidad Tecnológica y Pedagógica de Tunja** realizará la consulta en la página web de la Superintendencia Financiera de Colombia, del reporte de patrimonio técnico y patrimonio adecuado publicado por esta Entidad, al 31 de diciembre de 2017.

Nota 1: Se considera que el oferente cumple con la capacidad financiera solicitada y que está habilitado para continuar en el proceso, si obtiene el resultado mayor o igual al valor del presupuesto objeto de la Contratacion.

Nota 2: Para la determinación de los indicadores financieros en el caso de los Consorcios o Uniones Temporales, se sumarán las variables, que se utilizan para el cálculo de dichos indicadores, correspondientes a cada uno de sus integrantes y sobre los totales se obtendrá el índice del Consorcio o Unión Temporal.

NOTA 3: El proponente deberá manifestar el régimen tributario al que pertenece.

1.1.1.1.6. Capacidad Organizacional

La capacidad organizacional es la aptitud de un proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato en función de su organización interna. Decreto 1082 DE 2015 definió los indicadores de rentabilidad para medir la capacidad organizacional de un proponente teniendo en cuenta que está bien organizado cuando es rentable.

1.1.1.1.7. Rentabilidad del Patrimonio

Utilidad Operacional / Patrimonio, el cual 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 de los proponentes debe ser **mayor o igual a menos uno (-1)**.

1.1.1.1.8. Rentabilidad del Activo

Utilidad Operacional / Activo Total, el cual 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 del activo de los proponentes debe ser **mayor o igual a menos uno (-1)**.

La capacidad de organización para las uniones temporales y consorcios, se sumaran las variables, que se utilizan para el cálculo de dichos indicadores, correspondientes a cada uno de sus integrantes y sobre los totales se obtendrá el índice del Consorcio o Unión Temporal.

En todo caso, la capacidad de organización no podrá ser inferior a la mínima requerida en el presente numeral.

En el evento que la capacidad de organización del proponente no se ajuste al criterio aquí definido, se considera que la oferta no cumple con lo requerido, por lo tanto la oferta **no se considerará hábil** en los términos señalados en del presente pliego de condiciones.

Serán declaradas NO ADMISIBLES Financieramente las propuestas que no cumplan con los porcentajes o niveles mínimos de los indicadores mencionados anteriormente.

9.3. Estudio de Experiencia: Se verificara la acreditación de Experiencia Específica solicitada.

Se verificará el cumplimiento de las Condiciones técnicas mínimas establecidas en **el Numeral 7.10.3.2. De los presentes requerimientos.**

9.4. Documentos Técnicos Mínimos: Se verificará el cumplimiento de las **ESPECIFICACIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS DEL SEGURO A CONTRATAR.**

Se evaluarán los documentos de orden técnico exigidos en los pliegos de condiciones al igual que el cumplimiento de todos y cada uno de los requerimientos técnicos mínimos establecidos en los presentes pliegos. Serán admisibles aquellas propuestas que presenten la totalidad de los requisitos, documentos técnicos y que no se excedan en el presupuesto oficial establecido por la UPTC, de lo contrario la propuesta será no Admisible Técnicamente.

95. Estudio de Puntaje (1000 puntos)

La evaluación se realizará sobre la base de la aceptación de las Condiciones Técnicas Básicas Obligatorias, las cuales deberán ajustarse a todas las exigencias y requerimientos mínimos establecidos en el presente Pliego de Condiciones. Las propuestas que presenten Condiciones Técnicas y Económicas, superiores a las que se exigen en el pliego, no exime a los proponentes de la obligación de presentar la propuesta básica que debe ser aceptada con el **Anexo No.11** del presente pliego de condiciones.

Estos criterios serán analizados teniendo en cuenta el cumplimiento de los siguientes factores, sobre un puntaje total, por póliza y por grupo de **1.000 puntos**.

FACTOR A EVALUAR	PUNTOS	TOTAL PUNTOS
Evaluación Técnica:		
Condiciones Complementarias	250	**250**

Evaluación Económica		
Menor Prima Ofrecida	250	750
Mayor Limite Asegurado por Patología / Paciente	250	
Menor Deducible por Patología / Paciente	250	
TOTAL		1.000

9.5.1. EVALUACIÓN TÉCNICA

Condiciones Complementarias (250 Puntos)

Las condiciones complementarias que se detallan en el **Numeral 6** no son de obligatorio ofrecimiento por los proponentes y serán objeto de calificación, de tal manera que si el oferente las otorga, su calificación será de doscientos cincuenta (250) puntos o si por el contrario el oferente no las otorga la calificación obtenida será de cero (0) puntos, de conformidad con los factores y puntajes señalados.

9.5.2. EVALUACION ECONÓMICA

9.5.2.1. Menor Prima Ofrecida (250 puntos) Formato No. 4

La UNIVERSIDAD - UNISALUD, precisa que la propuesta que ofrezca la menor prima tendrá una calificación de doscientos cincuenta (**250**) puntos. Las demás una Calificación proporcional inferior. Para determinar la proporcionalidad dentro de este criterio, se dará aplicación a la siguiente fórmula:

$$\textbf{FORMULA} \quad \frac{\textbf{Menor Prima* x 250 Puntos}}{\textbf{Costo Oferta Evaluada**}} = \textbf{Puntaje de Evaluación***}$$

***Menor Prima:** Corresponde a la oferta que presenta el menor costo, siendo la más conveniente para la UNIVERSIDAD - UNISALUD.

****Costo Oferta Evaluada:** Corresponde a las demás ofertas que se evaluaran de manera individual según el costo ofertado

*****Puntaje de Evaluación:** Es el resultado de la operación entre la menor prima por el puntaje total sobre el costo de la oferta evaluada

9.5.2.2. Mayor Limite Asegurado Por Patología (250 puntos)

Este aspecto se evaluara y calificara de conformidad con los criterios y puntajes descritos en el Numeral 6.4.

9.5.2.3. Menor Deducible Por Patología Paciente Ofrecido (250 puntos)

Este aspecto se evaluara y calificara de conformidad con los criterios y puntajes descritos en el Numeral 6.3.

En caso que se presente igualdad en la puntuación total, se aplicará **Factores de Desempate.**

10. CAUSALES DE RECHAZO DE LAS OFERTAS

Se eliminarán las propuestas en los siguientes casos:

- Las propuestas que no cumplan con los requisitos generales de orden legal y los exigidos en los presentes requerimientos serán rechazadas sino se realizó la subsanación.

- Las inconsistencias presentadas en los documentos presentados. Con la excepción de lo previsto en el Certificado de Aportes Parafiscales y de seguridad social.

- Cuando la misma persona natural o jurídica, de manera directa o indirecta, aparezca interesada en varias propuestas para la misma Invitación.

- Cuando la propuesta presente enmendaduras, borrones o tachones que alteren sustancialmente la claridad de la propuesta y ésta no se hubiese salvado con respectiva nota y firma del proponente.

- Cuando la propuesta no cumpla con las condiciones técnicas básicas obligatorias.

PARÁGRAFO 1.- Una vez entregada la propuesta, a ningún proponente se le permitirá modificar su propuesta, pero la Universidad podrá solicitar aclaraciones a los participantes, siempre y cuando no implique violación del contenido esencial de ella.

PARÁGRAFO 2.- Cuando una propuesta sea eliminada por cualquiera de los puntos mencionados, la Universidad se abstendrá de estudiarla.

11. FACTORES DE DESEMPATE

En caso de empate, se dará aplicación a lo siguiente:

1. En caso de igualdad de condiciones, se preferirá la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de servicios extranjeros.

2. Los documentos y las certificaciones expedidas en el exterior deben contar con un sello o estampilla por parte del país donde se elaboró el documento llamado APOSTILLE. Lo anterior, en cumplimiento a la convención sobre abolición del requisito de legalización para documentos públicos extranjeros AC/LG 2821, la cual dio a conocer el Gobierno Nacional el Decreto No 106 del 18 de Enero de 2001, adhiriéndose a la misma el 30 de enero de 2001.La ley 455 de 1998, por medio de la cual se aprobó la "Convención sobre la abolición del requisito de legalización para documentos públicos extranjeros" establece en su artículo que "cada estado contratante eximirá de legalización los documentos a los que se aplica la presente convención y que han de ser presentados en su territorio. A efectos de la presente convención la legalización significa únicamente el trámite mediante el cual los agentes diplomáticos consulares del país donde el documento ha de ser presentado, certifican la autenticidad de la firma, a qué título ha actuado la persona que firma el documento y cuando proceda, la indicación del sello o estampilla que llevare".

3. Si aplicando tal criterio, el empate continúa, se preferirá a quien tenga en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997 debidamente certificadas por la oficina de trabajo de la respectiva zona y contratados por lo menos con anterioridad de un año; igualmente deberán mantenerse por un lapso igual al de la contratación. La incapacidad se certificara por la junta de invalidez (regional o nacional).

4. Si no hay lugar a la hipótesis prevista en el numeral anterior y entre los empatados se encuentran consorcios o uniones temporales en los que tenga participación al menos una Mipyme, este se preferirá.

Si el empate continúa se acudirá a un sorteo el cual será reglamentado de la siguiente manera:

El sorteo se resolverá mediante balotas.

- ✓ Se dispondrá de una bolsa oscura, la cual será exhibida a todos los asistentes a la audiencia pública de adjudicación, para que verifiquen que ésta se encuentre en perfectas condiciones y totalmente vacía y habrá tantas balotas como oferentes empatados hayan, las cuales se mostrarán a los asistentes a la audiencia.
- ✓ Se numerarán consecutivamente y los oferentes empatados, y el comité de Contratación designará la persona que escogerá en un solo intento al oferente vencedor.

De esta audiencia se levantará acta suscrita por los funcionarios de la Universidad que intervinieron y oferentes participantes.

12. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato resultante de la presente INVITACIÓN PRIVADA, se perfeccionará cuando se logra acuerdo sobre el objeto de la contraprestación y éste se suscriba por los intervinientes.

Para su legalización y posterior ejecución se requerirá además del cumplimiento de los requisitos precontractuales del artículo 16 del Acuerdo 074 de 2010, los siguientes:

- La constitución y aprobación de las garantías.
- La existencia del Registro Presupuestal de Compromiso

Los contratos de la Universidad son *intuito personae*, y en consecuencia, una vez celebrados no pueden cederse sin previa autorización escrita de la Universidad.

Para el objeto contractual en concreto te tendrá en cuenta los contenidos del Art. 1046. del CC.

"(...) Prueba del contrato de seguro. Póliza. Subrogado por la Ley 389 de 1997 Art. 3º. El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión.

Con fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

La Superintendencia Bancaria señalará los ramos y la clase de contratos que se redacten en idioma extranjero.

Parágrafo. El asegurador está también obligado a librar a petición y a costa del tomador, del asegurado o del beneficiario, duplicados o copias de la póliza".

13. RENUENCIA DEL PROPONENTE FAVORECIDO A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

Si el proponente seleccionado mediante la presente convocatoria no suscribe el contrato dentro del término previsto, quedará a favor de la Uptc, en calidad de sanción, la garantía de seriedad de la oferta, sin menoscabo de las acciones legales conducentes al reconocimiento de los perjuicios causados y no cubiertos por la garantía.

En este evento, la Uptc podrá adjudicar el contrato, dentro de los quince (15) días siguientes, al proponente calificado en segundo lugar, siempre y cuando su propuesta sea igualmente favorable para la entidad.

14. APLICACIÓN DE LA PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA

Sin perjuicio de lo previsto en el Decreto 1082 de 2015, por remisión expresa del Artículo 25 del Acuerdo 074 de 2010. El amparo de seriedad de la oferta cubrirá los perjuicios derivados del incumplimiento del ofrecimiento, en los eventos previstos en los artículos 2.2.1.2.3.1.9 y 2.2.1.2.3.2.8 del dicho decreto.

15. SUPERVISIÓN

Para todos los efectos de la presente invitación y el contrato que se firme producto de ésta, LA UNIVERSIDAD designará como Supervisor será la doctora SANDRA MARITZA CONTRERAS PEÑA, Directora de UNISALUD de la

229

Universidad ó quien haga sus veces, para que certifique el cumplimiento del objeto contractual y reciba a satisfacción, la POLIZA descrita en el presente pliego, quien no podrá delegar dicha función.

El SUPERVISOR en ejercicio de sus funciones, está autorizado para impartir instrucciones y órdenes al CONTRATISTA, así como para exigirle la información que considere necesaria.

El Supervisor no tendrá autorización para exonerar al CONTRATISTA de ninguna de sus obligaciones o deberes que emanen del presente contrato, ni para imponerle obligaciones distintas a las aquí estipuladas, ni para exonerarlo, de ninguno de sus deberes y responsabilidades que conforme al mismo, son de su cargo, por lo tanto el supervisor tampoco podrá impartir instrucciones al CONTRATISTA, que impliquen modificación a los términos de éste contrato.

Las diferencias que se presenten entre el supervisor y EL CONTRATISTA serán resueltas por el representante legal de LA UNIVERSIDAD y EL CONTRATISTA, sin perjuicio de las acciones de ley.

PARÁGRAFO 1. Es entendido que la supervisión, coordinación, revisión y fiscalización que del servicio haga el Supervisor no exime al CONTRATISTA, ni en todo ni en parte de la responsabilidad que le compete de acuerdo con la ley y con lo previsto en el contrato, por el manejo de los riesgos y garantías presentadas por el contratista. Corresponde al Supervisor, la coordinación, fiscalización, supervisión y revisión de la ejecución del contrato, para que éste se desarrolle de conformidad con lo previsto, Resolución 063 de 2012.

16. IMPOSICION DE MULTAS Y SANCIONES

En caso de presentarse incumplimientos, se dará aplicación a lo dispuesto en la Resolución 3641 de 2014, "*Por la cual se establece el procedimiento para imposición de sanciones y se señalan las causales y cuantías para hacer efectiva la cláusula de multas en los contratos celebrados por la Universidad*".

17. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

El contrato resultante de la presente INVITACIÓN PÚBLICA, será objeto de liquidación, de común acuerdo por las partes contratantes, dentro de los cuatro (04) meses siguientes al vencimiento del plazo de cumplimiento o a la expedición de la resolución que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que así lo disponga, según lo dispuesto en los Artículos 33 y 34 del **Acuerdo 074 de 2010.**

18. UTILIZACIÓN DE MECANISMOS DE SOLUCIÓN DIRECTA EN LAS CONTROVERSIAS CONTRACTUALES

La Universidad y los contratistas buscarán solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias surgidas de la actividad contractual; para tal efecto al surgir las diferencias acudirán al empleo de los mecanismos de solución de controversias contractuales previstas en el Acuerdo 074 de 2010, y a la conciliación, a la amigable composición y a la transacción.

OSCAR HERNÁN RAMÍREZ
Rector UPTC

Revisó: RICARDO BERNAL CAMARGO Director Jurídico
Proyecto: Yudy Astrid Rojas Mesa/Abogada Dirección Jurídica
Proyecto: Sandra N/Abogada Departamento de Contratación
Vo.Bo. /JESÚS ARIEL CIFUENTES/ Jefe Departamento de Contratación

ANEXO 01
CARTA DE PRESENTACIÓN

Tunja, _____

Señores
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
Tunja

El suscrito _____, en nombre y representación de _____ de acuerdo con las reglas que se estipulan en el PLIEGO DE CONDICIONES, CONDICIONES Y REQUERIMIENTOS O INVITACIÓN A COTIZAR (según corresponda) y demás documentos de la presente INVITACIÓN, hago la siguiente propuesta _____ _____.

En caso que me sea adjudicada me comprometo a firmar el contrato correspondiente y cumplir con todas las obligaciones señaladas:

Declaro así mismo bajo la gravedad del juramento:

I. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse, sólo compromete a los firmantes de esta carta.

II. Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.

III. Que he tomado cuidadosa nota de las especificaciones y condiciones de La INVITACIÓN y acepto todos los requisitos y exigencias contenidas en ella.

IV. Que ni el suscrito ni la sociedad que represento se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecida en la Constitución Política, la Ley y el Acuerdo 074 de 2010, manifestación que hago bajo la gravedad de juramento con la firma de la presente propuesta.

V. Que el suscrito y la sociedad que represento se comprometen a ejecutar todas las obligaciones del contrato en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

VI. Que conocemos las leyes de la República de Colombia por las cuales se rige la presente Invitación.

VII. Que los precios de la propuesta son válidos conforme a los términos señalados en las normas legales, contados a partir de la fecha y hora del cierre de la INVITACIÓN, los cuales se mantendrán durante el termino de ejecución del contrato y sus prorrogas si las hubiere.

VIII. Que soy consciente del proceso de Certificación de la Universidad, especialmente en las normas ISO 14001 Y NTC-OHSAS 18001 por lo tanto me comprometo a cumplir con la entrega de la documentación En Seguridad Y Salud En El Trabajo Y Gestión Ambiental contenida en las condiciones y requerimientos de la invitación antes de la suscripción del acta de Inicio, si me resulta favorable la adjudicación. De igual manera manifiesto expresamente que conozco y acepto la normatividad externa e interna aplicable en la materia, por lo tanto me comprometo a cumplirla a cabalidad.

IX. Me comprometo a apoyar la acción del Estado Colombiano y particularmente de la Universidad para fortalecer la transparencia y responsabilidad de rendir cuentas, asumiendo explícitamente el compromiso anticorrupción. Si se conociera mi incumplimiento, el de mis representantes o mis empleados o agentes, la Universidad pondrá en conocimiento, tal hecho ante la Fiscalía General de la Nación para su investigación en el evento en que el incumplimiento identificado constituya delito sancionado por la ley penal colombiana.

X. Que el valor total de la oferta es la suma de $ _____ y mi propuesta consta de ____ folios.

XI. Que acepto ser notificado personalmente por medio del siguiente correo electrónico y a mantenerlo habilitado durante el termino de ejecución y cuatro meses más :_____

PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ ***TEL.*** _____
REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ *TEL.* _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____
NOMBRE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

ANEXO 02
MODELO CERTIFICACIÓN DE PARAFISCALES

EL SUSCRITO PROPONENTE, REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL (Según corresponda)

CERTIFICA

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que..... (NOMBRE DEL PROPONENTE, INTEGRANTE DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, NOMBRE DEL REVISOR FISCAL O REPRESENTANTE LEGAL SEGÚN CORRESPONDA) identificado (a) con NIT O C.C. No. ....., se encuentra al día y a PAZ Y SALVO en el pago de Aportes a Seguridad Social y Parafiscales Vigentes, durante los ***últimos seis meses***, de conformidad con lo establecido por el artículo 50, de la Ley 789 de 2002.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que SI__ NO__ tengo personas a mi cargo (APLICA PARA PERSONAS NATURALES).

La presente certificación se expide en la ciudad de.....,a los..... (...), del mes de.....del presente año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

_____
Nombre (**NOMBRE DEL PROPONENTE, INTEGRANTE DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, O REPRESENTANTE LEGAL SEGÚN CORRESPONDA**)
C.C. No.....
Empresa:.....

_____
Nombre **Revisor Fiscal (si aplica)**
C.C. No.....

Anexo: Copia de la tarjeta profesional del revisor fiscal si aplica.

ANEXO 3
FORMULARIO DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA ESPECÍFICA

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE
(PRIMAS)

Fecha_____

Señores:
UPTC
Ciudad

ASUNTO: PROCESO DE INVITACIÓN PRIVADA No.__de 2018.

En mi calidad de representante legal de_(indicar nombre del proponente y si actúa de manera directa, en Consorcio o Unión Temporal), me permito certificar la acreditación de la experiencia en programas de seguros, de conformidad con lo exigido en el numeral del pliego de condiciones del proceso citado en el asunto, así:

Razón Social de la entidad asegurada	Ramo(s) Póliza(s)	Vigencia Anual Certificada		Monto Primas certificadas Incluido IVA	
		Fecha de Inicio	Fecha en que Vence	% en que Participa el Proponente	Valor ($Col) (Únicamente participación)

Nombre y firma del representante legal que certifica:

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE
(SINIESTROS)

Fecha _____

Señores:
UPTC
Ciudad

ASUNTO: PROCESO DE INVITACIÓN PRIVADA No. de 2018

En mi calidad de representante legal de_(indicar nombre del proponente y si actúa de manera directa, en Consorcio o Unión Temporal), me permito certificar la acreditación de la experiencia en manejo y atención de siniestros, de conformidad con lo exigido en el numeral____del pliego de condiciones del proceso citado en el asunto, así:

Razón Social de la entidad asegurada	Póliza(s) (Según No. Y tipo de siniestros exigidos)	Periodo de Siniestros certificados		Valor ($Col) Indemnizado
		Fecha de Ocurrencia del Siniestro	Fecha de Pago del Siniestro	

PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ ***TEL.*** _____
REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ *TEL.* _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____
NOMBRE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

ANEXO 4.

CONDICIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS COBERTURA PÓLIZA ALTO COSTO – LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD (UNISALUD) DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA.

Tunja, _____

Señores
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
Tunja

1.1.1.	**Objeto del Seguro**
Contratar una póliza de seguros, que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de Alto Costo, acorde a las necesidades particulares en salud de la población objeto de cobertura de la póliza (cotizantes y beneficiarios) a cargo de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Acorde con el objeto contractual descrito en el presente documento, las coberturas básicas de la póliza a contratar, se encuentran enmarcadas y descritas dentro de la normatividad en salud que rige las enfermedades de Alto Costo y que a continuación se relacionan: Resolución No. 5261 de 1994, Decreto 2423 de 1996, Resolución No. 2948 de 2003, Ley 1122 de 2007, Resolución 1896 de 2001, resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y por las demás normas que modifiquen, adicionen y/o sustituyan las anteriormente mencionadas. Por último, las normas comerciales y civiles que rigen el tema de seguros.	
1.1.2.	**Coberturas Básicas**
1.Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular	
2.Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central	
3. Casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.	
4.Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado	
5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.	
6.Casos de pacientes con Cáncer	
7.Reemplazos Articulares	
8.Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos	
9.Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea, córnea e implante coclear	
10.Manejo del Trauma Mayor	
11.Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas	
12. Transporte De Pacientes Con Diagnostico De Enfermedad De Alto Costo.	
Modificación en las leyes existentes o introducción de nueva legislación	

La presente póliza otorgará cobertura a los Asegurados, frente a la modificación en las leyes existentes o la introducción de nueva legislación en materia relacionada con el objeto de este seguro.

Gastos Cubiertos y límites asegurados

Los amparos, límites y coberturas que se enuncian a continuación se consideran una oferta básica y son de obligatorio ofrecimiento por parte de los oferentes. Su no ofrecimiento, exclusión o condicionamiento por parte de los oferentes será causal de rechazo

LIMITE ASEGURADO:	**$ 222.000.000 por Afiliado/patología/vigencia con un Límite agregado anual 1.5 veces el valor de las primas emitidas y recaudas.**
1.Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular	Se cubre la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención de los casos de Infarto Agudo al Miocardio. Se cubren Intervenciones quirúrgicas para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el trasplante del corazón y la cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón. Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye: • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. Adicionalmente están incluidas las siguientes tecnologías en salud: 9. Revisión (reprogramación de aparato marcapaso SOD, identificada con el código 378500 durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso. 10. Stent coronario convencional o no recubierto según recomendación del médico tratante. 11. Stent coronario medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) y en lesiones largas (15 mm o mayor). 12. Trasplante de corazón. 13. Colocación de Marcapaso. 14. Procedimientos de Trombolisis. 15. Cateterismos Cardiacos Programados o de Urgencias. 16. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación a saber: sesiones de rehabilitación cardiaca para los casos

	quirúrgicos contemplados, el control médico y el tratamiento posterior. Dentro de las patologías no quirúrgicas están amparadas la Enfermedad Coronaria Severa, la Angina Inestable y el Infarto Agudo al Miocardio no necesariamente en Unidad de Cuidado Intensivo pero si atendidos en Unidad de Cuidado Coronario o Cuidado Intermedio. Dentro de este tipo de patologías se encuentran las detalladas a continuación, cubiertas dentro de la póliza con cargo al Alto Costo: Tratamiento hospitalario para Cor-Pulmonar Agudo, Bloqueo A-V y Arritmias Severas como Extrasístole Ventricular Multifocal y Enfermedad del Nodo Sinusal, Inestabilidad Hemodinámica secundaria a patología cardiaca, pacientes con fallo de bomba que requieran monitoreo continuo y pacientes post reanimación secundaria a patología cardiovascular, hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a Cuidado Intensivo.
2.Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central	Se cubre la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos de pacientes que requieren atención quirúrgica para afecciones del sistema nervioso central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran. Así mismo se incluyen los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de medula y que requieran atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología. Incluye la corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo, independientemente de la especialidad que la realice, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran. No están incluidas las complicaciones inherentes a las patologías de base que causan la cirugía como meningitis, abscesos, cisticercosis, entre otras, que no estén descritas. No se incluye la atención del Trauma Cráneo encefálico leve, moderado o severo de manejo médico no quirúrgico posterior a la atención inicial de urgencias. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye: • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. Derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

www.uptc.edu.co
Avenida Central del Norte 39-115
Tunja y en el PBX (57) 8 740 5626

3. Casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.	Atención integral necesaria en casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, con las tecnologías de salud de la complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las atenciones realizadas en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo: La atención integral del paciente con Insuficiencia Renal Aguda o Crónica incluyendo las patologías y complicaciones secundarias a la enfermedad en la atención de urgencias con o sin procedimiento y complicaciones inherentes a la insuficiencia renal: **PRE-DIÁLISIS** • Manejo de complicaciones propias de la Uremia • Edema pulmonar • Trastorno hidroelectrolítico, Hipocalcemia, Hiperkalemia, Hiper/hiponatremia, hipofosfatemia. • Pericarditis Urémica • Encefalopatía Urémica. • Complicaciones derivadas de la implantación del catéter y/o fístula, Injerto Av. **HEMODIÁLISIS** • Síndrome convulsivo posterior a procedimiento • Embolia Aérea • Derrame pleural • Angio Absceso de sitio de colocación de catéter central • Sepsis • Tunelización de catéter infección de orificio fístulas injertos • Trombos en sitio de inserción de catéter • Desequilibrio post diálisis **DIÁLISIS PERITONEAL** • Peritonitis química Infecciosa • Infección de orificios • Fallas en la ultra filtración Sobre hidratación • Fugas del líquido peritoneal externa interno • Pericarditis • Derrame Pleural. • Y los demás criterios particulares que el especialista considere. No incluye pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada que no tengan diagnóstico de Insuficiencia Renal.
4.Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado	Garantiza la atención integral necesaria en cualquier nivel de pacientes clasificados como Gran Quemado, entendiéndose como tal al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones: 10. Quemaduras de 2° y 3° grado en más de 20% de superficie corporal. 11. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.

	12. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración. 13. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas. 14. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes. 15. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo. La cobertura comprende las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo también: Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas. Igualmente, están cubiertas las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación de estos casos.
5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.	Para los menores de 18 años y los hijos de madres VIH positivas incluye las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnostico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la guía para el manejo del VIH/SIDA adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Para los mayores de 18 años: Este amparo inicia con el cubrimiento económico del Western Blott, o la prueba confirmatoria avalada según lo establecido en la guía para el manejo de VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, siempre y cuando resulte positivo. Cubre la atención integral necesaria en cualquier complejidad del portador asintomático del VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el síndrome y sus complicaciones, la cobertura comprende las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel. Cuando el paciente se encuentre hospitalizado y se le diagnostique su patología, toda esa hospitalización, incluyendo los eventos anteriores a la confirmación diagnóstica deberán ser cubiertos por la Póliza, siempre y cuando estos tengan que ver con su patología de base. Incluye Programa de Prevención de la transmisión vertical del VIH según lo establecido en la guía práctica clínica para el manejo de VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia. Incluye el suministro de formula láctea para niños lactantes menores de doce (12) meses, hijos de mujeres VIH positivas según el criterio del médico o nutricionista tratante. Incluye Asesoría Psicológica para todos los afiliados cubiertos bajo este amparo.

6.Casos de pacientes con Cáncer	La atención integral ambulatoria y hospitalaria con las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel necesarios para la confirmación diagnóstica y tratamiento, sin exclusiones en todos los estadios de la enfermedad del paciente con Cáncer que incluye además: Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica, así como los de complementación diagnóstica, y de control. Cubre cualquier medio médicamente reconocido, clínico o procedimental contemplado en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social; utilizado para la confirmación diagnóstica de los casos con cáncer. Hospitalización y manejo para las complicaciones secundarias a su patología de base. Teniendo en cuenta la integralidad en el manejo del paciente con cáncer, en este amparo se incluye el cubrimiento económico de los estudios ANATOMOPATOLOGICOS para la confirmación diagnóstica; siempre y cuando estos resulten positivos para malignidad, sean realizados de manera ambulatoria o durante una hospitalización, en aquellos casos que se confirmen, será cubierto el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica. No se hará necesario la exigencia del reporte de patología, cuando la toma de la muestra implique riesgo para la vida del paciente o disminución de su calidad de vida, siempre y cuando se evidencie a través de la clínica del paciente y con cualquier otro medio diagnóstico la existencia del cáncer. Lo anterior también se aplicara en el evento en que el paciente muera. Cuando el paciente se encuentre hospitalizado y se le diagnostique cáncer, toda esa hospitalización, incluyendo los eventos anteriores a la confirmación diagnóstica deberá ser cubierta por la Póliza, siempre y cuando estos tengan que ver con su patología de base. Cubre la atención ambulatoria o con internación de la enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidad de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del médico tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social. Incluye 104 Kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada Kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

7.Reemplazos Articulares	Incluye los reemplazos articulares según lo contemplado en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social en su anexo 2, incluyendo además: Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los servicios hospitalarios y ambulatorios en el nivel que se requiera para la atención. Las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación para los pacientes sometidos a reemplazo. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye: • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.
8.Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos	Se cubren las tecnologías en salud inherentes a la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación para pacientes críticamente enfermos de todas las edades así como las tecnologías y servicios de salud simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando correspondan a los grupos poblacionales, enfermedades, casos y eventos incluidos en el presente título, según criterio del médico tratante y los definidos en la resolución 5261 de 1994 en sus artículos 29 y 30. Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos según los criterios definidos por la sociedad Colombiana de Neonatología. Durante la permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, las tecnologías, soluciones y diluyentes, medicamentos, sustancias para nutrición, dispositivos médicos y ayudas técnicas cubiertos son los contemplados en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social. Para el asegurado que cumpla los criterios de UCI definidos en la normatividad vigente y que sea necesario atenderlo en cuidado Intermedio debido a que no existe la posibilidad de la cama en UCI, en este caso se reconocerá el amparo como UCI a tarifas de Cuidado Intermedio. Aclaración de la cobertura: Comprenden equipos de ayuda diagnostica y de complementación terapéutica como electrocardiograma, Monitoria Calidoscópica y de Presión Arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, nebulizadores.

	Todo esto va incluido dentro de la tarifa que se reconoce como derechos de habitación en la Unidad de Cuidado Intensivo y no generaran ningún pago adicional por su utilización.
9.Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea, córnea e implante coclear	Remplazo con fines terapéuticos de médula ósea, renal, hígado, córnea e implante coclear de una persona, por otros iguales o asimilables, provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o muerto. Debe ser realizado en un hospital o clínica de alta especialidad, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobados, Incluye las tecnologías complementarias necesarias incluidas en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social y comprende: 1. Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo. 2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del Receptor. 3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país. 4. El trasplante propiamente dicho en el paciente. 5. Preparación del paciente y la atención o control post trasplante. 6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante y/o sus complicaciones inherentes al mismo. • Los principios activos y medicamentos serán cubiertos conforme con lo dispuesto en la normatividad vigente. En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

10.Manejo del Trauma Mayor	Manejo de urgencias y tratamiento intrahospitalario médico y quirúrgico para el paciente que ha sufrido una lesión física, traumática o química que interesa a uno o más órganos o sistemas, poniendo en peligro inminente su vida. Tiene un índice de severidad mayor de 15, utilizando la tabla de Índice de Trauma Revisado (ITR) y requiere de manejo intrahospitalario. Se incluye: • Actividades, intervenciones y procedimientos para confirmación del diagnóstico inicial, atención de urgencias, hospitalización médica o quirúrgica. • Tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo, rehabilitación. • Manejo de complicaciones directamente relacionadas con el trauma mayor. • Control posterior hospitalario y ambulatorios

PUNTAJE	1	3	5	6
REGION	EXTREMIDADES PIEL	SOLAMENTE ESPALDA	SOLAMENTE TORAX	CABEZA (INCLUYE CUELLO), ABDOMEN MULTIPLES
TIPO DE TRAUMA	HERIDA ABIERTA MENOR	IMPACTO CERRADO UNICO QUEMADURA 2DO. GRADO	HERIDA ABIERTA MAYOR QUEMADURA TERCER GRADO ACP	BALA PERDIGON
CARDIOVASCULAR	TAS>100 P<100	TAS 80-100 P 100-140	TAS <80 P>140	NO PULSO
RESPIRATORIO	DOLOR TORACICO FR 10-25	FR> DE 25 < O IGUAL A 35	FR >35 O DE 10 TIRAJES ASPIRACION	APNEA
S.N.C.	DESORIENTADO CONFUSO	RESPONDE A ESTIMULO VERBAL	RESPONDE AL DOLOR	NO RESPONDE
SELECIONE EL MAS ALTO EN CADA CATEGORIA Y SUME PARA OBTENER EL PUNTAJE TOTAL				
➢ - 9 MENOR 10- 14 MODERADO 15 - 19 SEVERO 20 CRITICO				

11.Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas	Incluye procedimientos quirúrgicos realizados con el fin de corregir malformaciones congénitas (Alteraciones macrosómicas presentes al momento del nacimiento), de eventos quirúrgicos definidos en los manuales tarifarios como "Grupos Especiales" (Grupos 20-23 de la tarifa Decreto 2423 de 1996 o más de 140 UVR de la tarifa ISS). Se incluyen las tecnologías en salud (actividades, intervenciones y procedimientos) para la confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo y el control posterior al tratamiento.
12. Transporte De Pacientes Con Diagnostico De Enfermedad De Alto Costo.	En todos los amparos se cubre el traslado interinstitucional acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a diferentes niveles de atención con orden médica. Para el caso del amparo de Unidad de Cuidado Intensivo, se cubrirá el transporte si durante el mismo tiene criterios clínicos de U.C.I. y siempre y cuando el medio de transporte cumpla con los requisitos de cuidado intensivo, o se le preste soporte monitoreo intensivo.

DEDUCIBLE

Para el presente contrato de seguro el deducible es de **SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 72.500.000).**

LAS ENFERMEDADES AMPARADAS

Actualmente en tratamiento, deben ser cubiertas por el seguro objeto de la presente invitación pública, situación que debe ser indicada expresamente por los oferentes

PREEXISTENCIAS

Quedaran cubiertas bajo esta póliza todas aquellas reclamaciones que correspondan a enfermedades de Alto Costo preexistentes, es decir todas aquellas que actualmente están en tratamiento o que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de iniciación de la póliza.

NO EXISTEN PERIODOS DE CARENCIA

Es decir que las personas con diagnostico positivo de las patologías, que se vienen manejando serán amparadas desde el momento en que inicie la póliza.

EL AMPARO AUTOMÁTICO DE LOS ASEGURADOS

Debe ser automático a partir del momento en que la persona se encuentre a cargo de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, sin exigir aviso para nuevas inclusiones.

AUDITORÍA CONCURRENTE

La auditoría concurrente consiste en evaluar el procedimiento en el mismo momento en que se está llevando a cabo, basados en la cobertura en pro de garantizar al usuario la calidad de la atención y la racionalización de los costos.
La aseguradora realizará visitas de Auditoría concurrente, a través de su equipo de auditores, la cual se llevará acabo a la atención de los pacientes que se encuentren hospitalizados en la red de prestadores de servicios de salud que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC tenga contratada; siempre y cuando lo consideren necesario o donde las condiciones particulares de la póliza lo ameriten, para que se realice las respectivas reservas técnicas para cada evento y además con el ánimo de optimizar recursos y manejar la siniestralidad en el sentido que sea favorable entre las partes.
Para los casos de auditoria concurrente, el Auditor de la aseguradora realizará la visita de campo, identificará si los casos auditados hacen parte o no de la cobertura y realizará la evaluación de la calidad de la atención en el mismo momento en que se está llevando a cabo la prestación del servicio; lo anterior, basados en los alcances y limitaciones de la póliza.
La aseguradora enviará el concepto de todas las auditorías realizadas mediante medio magnético vía Correo Electrónico o Correo Físico a la Gerencia de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, al interventor y al corredor de seguros, durante los cinco días calendario siguientes a la realización de la visita, anexando el resultado de la auditoria.
El concepto de auditoría emitido por la aseguradora podrá ser acogido o no por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.
De igual manera, se deberá clasificar el caso auditado así:
1. Evento de Enfermedad de Alto Costo
Se clasificara así cuando el evento corresponde en su totalidad a la cobertura de la Póliza.
2. Evento de Enfermedad General
Se clasificara así cuando el evento corresponde en su totalidad a una patología no objeto de Cobertura de la Póliza.
3. Evento Mixto
Se clasificara así cuando el evento tiene cobertura de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo y además tiene servicios que corresponden a Enfermedad General no objeto de cobertura de la póliza.
4. Evento no clasificable
Se clasificaran así a las atenciones que por su particularidad, no definición del diagnóstico u otro motivo al momento de la concurrencia no es viable su clasificación.
Caso en el cual el auditor concurrente debe justificar por qué no fue posible la misma.

DOCUMENTOS UNICOS REQUERIDOS PARA LA INDEMNIZACION DE LOS RECLAMOS:

Los documentos únicos que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC presentará para la respectiva indemnización de los reclamos serán los siguientes:

16. Formulario de aviso (definido por la universidad)
17. Factura de la IPS en original, copia al carbón o copia autenticada, que cumpla con los requisitos DIAN.
18. En caso de no poder anexar original o copia al carbón de facturas individuales o múltiples se aceptará la autenticación por autoridad competente.
19. Formato de solicitud de indemnización de la Aseguradora (definido por la Universidad).
20. Epicrisis o resumen de historia clínica o soportes del médico tratante.
21. Para el VIH o Cáncer, sino es posible tener reporte de prueba confirmatoria se podrá certificar con otro soporte de la historia clínica, o soportes sustitutos acordes con la ciencia médica.

En concordancia con lo estipulado por el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, y lo dispuesto en el artículo 25 del decreto ley 19/12, la Compañía no solicitará copia de la cédula de ciudadanía, ni del carnet de afiliación, ya que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC enviará mensualmente la base de datos de usuarios. En caso que existan dudas sobre el estado de afiliación de un asegurado, la aseguradora aceptará el certificado de afiliación expedido por la UNIVERSIDAD

UPTC, según sea el caso.

AUDITORIA DE SINIESTROS

Evalúa desde la admisión todos los procedimientos, medicamentos, insumos, soportes y facturas, de manera que se asegure que cumplan con los criterios de utilización pertinentes y autorizados y así mismo se ajusten a la ley, los convenios, cobertura de póliza y tarifas prestablecidas (Evaluación Concurrente y Retrospectiva).

Esta evaluación de las cuentas constituye la herramienta más importante dentro de la auditoria retrospectiva, y permitirá determinar el pago real de la cuenta sin detrimento de lo autorizado y realizado al paciente.

Así mismo, una vez realizada la auditoria retrospectiva, la aseguradora podrá conocer el monto real a pagar y por lo tanto dentro de los términos de aseguramiento, podrá establecer un ajuste a su reserva.

La compañía aseguradora pondrá a disposición de la UNIVERSIDAD el grupo necesario conformado por profesionales Médicos Especializados en Auditoria Medica, con experiencia mínima de (3) tres años en auditoria de enfermedades de Alto Costo o de no cumplirse el requisito del título de especialización, la aseguradora podrá presentar Profesional (es) Médico (s) con título en la modalidad de diplomado en auditoria en salud, con experiencia mínima de (5) cinco años en auditoria enfermedades de Alto Costo, dicha experiencia se acreditara a partir de la fecha de otorgado el título, para que realice auditoría de Cuentas.

Es de anotar que ese perfil profesional del auditor Medico debe mantenerse durante toda la vigencia de la presente Póliza y sus posibles prorrogas.

La Compañía Aseguradora a través de sus auditores, auditara las cuentas CON CRITERIO MEDICO OBJETIVO, TENIENDO EN CUENTA LAS COBERTURAS CONTRATADAS, así como los criterios establecidos de inclusión para la presente póliza y los acuerdos a que se llegase con posterioridad.

TARIFA PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

La compañía indemnizará al asegurado los costos de atención de las enfermedades amparadas, de acuerdo con las tarifas convenidas por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC con su red de IPS, para lo cual el tomador presentará una relación de dichos convenios a la aseguradora. En caso de dudas sobre las tarifas para la liquidación de siniestros, la aseguradora aceptará como válida la certificación de la tarifa vigente expedida por la IPS respectiva o en su defecto por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

REPORTE DE PAGOS, GLOSAS, OBJECIONES

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL TRÁMITE DE PAGOS, GLOSAS Y OBJECIONES

La compañía aseguradora una vez terminado el proceso de liquidación de siniestros formulará y entregara a la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, el "INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES" según la estructura establecida, si la aseguradora no ha radicado respuesta en la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC en el plazo establecido se dará por aceptado el siniestro por parte de la aseguradora.

Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. Es decir que todos los siniestros deberán ser objeto de auditoria, sin que se incurra en la generación de reglosas.

Además una vez terminado el proceso de liquidación de siniestros o respuestas de glosa por parte de la aseguradora esta enviara el resultado de la liquidación en un informe individual por cada siniestro y el "INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES" en Excel en medio magnético con las siguientes variables:

INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE CAMPO	LONGITUD
NIT IPS	Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago, Incluido digito de control (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302).	Char	15
No de Factura	Corresponde al número de Factura del siniestro. Importante un NIT y una factura se puede repetir muchas veces y corresponden a la misma reclamación.	Char	12
Id Reclamación	Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC e identificado como Id.	Numeric	18
Código Operación	1=Reporte Primera Vez de Pagos, Glosas y Objeciones, 2=Reporte Respuesta Glosa Parcial,	Numeric	2
Consecutivo	Corresponde al consecutivo del reporte de la aseguradora	Numeric	10
No de Siniestro	Corresponde al número asignado a cada reclamación por la compañía.	Char	50
No de Póliza	Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro	Char	50
No documento Identidad	Corresponde al número de identificación afiliado o beneficiario.	Char	15
Apellidos	Corresponde a los apellidos del afiliado o beneficiario que recibió la atención	Char	200
Nombre	Corresponde a los nombres del afiliado o beneficiario que recibió la atención	Char	200
Fecha de Siniestro	Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Fecha del Aviso	Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD.	Date	10
Patología	Corresponde a la patología de la cobertura y debe corresponder con la patología de la reclamación, según la tabla establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC.	Char	200
Clasificación Procedimiento	Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos establecida por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC	Date	25
Código CIE10	Corresponde al Código CIE10. (Código de la tabla CIE10 Eje: C210, Z975, M968) especifico.	Numeric	5

Valor Reclamado	Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial	Money	
Deducible	Corresponde al valor del deducible aplicado.	Money	
Valor de glosa o de objeción	Corresponde al valor de la glosa o de la objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación. Una factura puede tener muchas glosas y cada glosa debe tener su número propio de identificación (IdGlosaAseguradora). Cada glosa se debe reportar en un registro.	Money	
Total a Pagar	Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado por la IPS (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica – Retefuente.	Money	
Id Glosa Aseguradora	Cada glosa debe venir identificada con un número único por factura glosada. El cual debe ser enviado cada vez que se reporte una actividad sobre esta glosa. Este campo lo debe asignar la aseguradora. (El consecutivo debe ser por reclamación, es decir por cada reclamación debe empezar en 1).	Numeric	3
Clasificación de la Glosa	Corresponde a la clasificación de la glosa. Una glosa puede contener muchas clasificaciones separadas por coma. De acuerdo al Manual Único de Glosas	Char	200
Motivo de la glosa	Corresponde a la descripción del Motivo de la glosa. Cada uno de los motivos debe estar separado por asterisco (*).	Char	2000

La variable Clasificación de Procedimiento se reportara así:

Clasificación del Procedimiento
Atención Integral de Urgencias
Consulta Ambulatoria por Medicina General
Consulta Ambulatoria por Especialista
Atención Hospitalaria
Procedimiento Quirúrgico
Exámenes Paraclínicos
Servicio de Ambulancia
Suministro de Medicamentos
Prótesis e Insumos

INFORME DE PAGOS

Dentro de los diez (10) primeros días de cada mes se entregara el reporte definitivo de los siniestros pagados en el mes inmediatamente anterior en un informe en Excel en medio magnético con las siguientes variables:

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE CAMPO	LONGITUD
NIT IPS	Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago. (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302).	Char	15
No de Factura	Corresponde al número de Factura del siniestro	Char	12
Id Reclamación	Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC e identificado como Id.	Numeric	18
Consecutivo	Corresponde al consecutivo del reporte		
No de Siniestro	Corresponde al número asignado a cada reclamación por la compañía, es único e irrepetible	Char	50
No de Póliza	Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro	Char	50
Cédula	Corresponde al número de identificación del afiliado o beneficiario.	Char	15
Nombre del afiliado o beneficiario	Corresponde al nombre del afiliado o beneficiario que recibió los servicios.	Char	300
Fecha de Siniestro	Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Fecha del Aviso	Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD.	Date	10
Fecha de Pago	Corresponde a la fecha de pago de la compañía. En formato = AAAAMMDD .	Date	10
Fecha Forma	Corresponde a la fecha de formalización del siniestro. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Patología/ amparo	Corresponde a la Patología de Alto Costo Cubierta por la cual se realiza la indemnización. (Se toma la descripción de la tabla de patologías establecida por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC)	Char	200
Clasificación Procedimiento	Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos. Establecida por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC)	Char	200
Valor Reclamado	Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial	Money	
Deducible	Corresponde al valor del deducible aplicado.	Money	
Valor de glosa o de objeción	Corresponde al valor de la glosa o de objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación	Money	
IdGlosaAseg	Id de la glosa cuando se trata de un pago sobre una glosa previamente aplicada y si no debe venir en cero el campo.	Numeric	3
Descuento por	Corresponde al valor descontado en cada	Money	

pronto pago	factura según el acuerdo comercial de la aseguradora con cada IPS		
Retefuente	Corresponde a la Retefuente.	Money	
Reteica	Corresponden a los valores descontados por impuestos	Money	
Total a Pagar	Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica – Retefuente	Money	
No de comprobante de egreso	Número de comprobante de egreso con que se realiza el pago	Char	15
Notas crédito y debito	Valor de ajuste crédito o débito según el signo que tenga.	Money	

La variable Clasificación de Procedimiento se reportara así:

Clasificación del Procedimiento
Atención Integral de Urgencias
Consulta Ambulatoria por Medicina General
Consulta Ambulatoria por Especialista
Atención Hospitalaria
Procedimiento Quirúrgico
Exámenes Paraclínicos
Servicio de Ambulancia
Suministro de Medicamentos
Prótesis e Insumos

PROCESO DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS

En los casos en que la glosa es contestada y es ratificada por LA COMPAÑÍA ASEGURADORA y dicho concepto no es aceptado por el tomador de la Póliza, se acordarán reuniones de conciliación de glosa de manera periódica, en las oficinas de la COMPAÑÍA ASEGURADORA o en la UNIVERSIDAD; en dichas reuniones se levantarán actas y se definirá el estado final de las glosas, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Póliza.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo después de la conciliación entre las partes, con el ánimo de dirimir el desacuerdo, en primer lugar se realizara una auditoria de pares de la especialidad según la cobertura, los cuales serán escogidos por las partes, quienes definirán el pagador del servicio y las partes acogerán dicha decisión. Los honorarios derivados por dicha auditoria serán a cargo de la COMPAÑÍA ASEGURADORA.

GENERACIÓN Y ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE SINIESTRALIDAD

La compañía aseguradora elaborará y entregará a la unidad de servicios de salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia dentro de los diez (10) primeros días de cada mes además del informe de glosas y objeciones y el de pagos, las estadísticas de la siniestralidad presentada por la póliza expedida, la cual debe contener la siguiente información:

Numero de factura, Número del Siniestro, fecha de aviso a la aseguradora, nombre de la persona afectada, documento de Identificación, Sexo, edad, fecha del siniestro (fecha de atención), Nombre de la sede, IPS que prestó el servicio, código CIE 10, descripción del diagnóstico CIE 10, amparo afectado, CODIGO CUPS; descripción del procedimiento CUPS, valor reclamado, valor glosado, valor indemnizado, número de comprobante de egreso, fecha de pago y cuenta de consignación,

causa de glosa.

Todo lo anterior acompañado con los soportes en archivo magnético en formato tif y en físico, correspondientes por cada siniestro, Liquidación de la factura, informe de auditoría, comprobante de egreso y de pago.

Adicionalmente al anterior informe debe contener:

- Análisis económico del comportamiento de la póliza el cual debe contener: Frecuencia y monto consolidado por amparo, frecuencias y costos por I.P.S., monto de glosas y valores objetados.
- Análisis de las tasas generales y específicas de eventos de Alto Costo y análisis de frecuencias simples y tendencias.
- Listado de siniestros que se encuentran detenidos por falta de soportes.
- Listado de siniestros objetados donde se especifique la causa de la objeción.

CONDICIONES PARTICULARES

1. INTERÉS.

Cubre la cartera de UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA con relación a los EVENTOS cubiertos por la póliza demandados por un mismo paciente respecto a una misma patología en cumplimiento del Plan de Beneficios de la Universidad.

2. PRESCRIPCIÓN.

Período de prescripción según lo establecido por la legislación colombiana, artículo 1081 del Código de Comercio.
Adicionalmente, la Compañía aseguradora deberá efectuar a la UNIVERSIDAD UNISALUD UPTC -, una vez comunicada la ocurrencia de los siniestros, como mínimo dos (2) requerimientos relacionados con el cumplimiento de la totalidad de los requisitos necesarios para hacer efectivo el pago de la indemnización, el último de los cuales deberá hacerse dentro de los cuatro (4) meses anteriores a la fecha estimada de prescripción de las acciones.

3. PREEXISTENCIAS.

Se incluye el tratamiento de enfermedades pre-existentes sujeto a lo establecido en el Plan de Beneficios de la UNIVERSIDAD – UNISALUD.

4. MEDICAMENTOS.

En todos los amparos se cubren los medicamentos definidos en la resolución 5926 de 2014 y su anexo y los no cubiertos siempre, cuando se requieran para el manejo de las patologías cubiertas por la Póliza.
Incluye además las tecnologías, soluciones y diluyentes, sustancias para nutrición, dispositivos médicos y ayudas técnicas cubiertos en la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 y sus anexos y Resolución 5975 de 2016 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social Cuando la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC así lo requiera, podrá solicitar a la compañía de seguros el suministro y pago directo de los medicamentos, a los afiliados que se encuentren en tratamiento para patologías de Alto Costo cubiertas por la Póliza.
Para lo cual la aseguradora, dispondrá de un esquema de suministro de medicamentos, el cual será avalado y aprobado por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, para lo cual el proponente deberá describir la metodología para el suministro de los mismos, a precio preferencial para la UNIVERSIDAD- UNISALUD UPTC.

5. DEFINICIÓN DE EVENTO.

www.uptc.edu.co
Avenida Central del Norte 39 - 115
PBX (57) 8 740 5626 Tunja - Boyacá
Avenida Central del Norte 39-115
Tunja y en el PBX (57) 8 740 5626

Se define como evento los múltiples gastos que ocasiona un paciente, por el tratamiento o atención que tenga que recibir debido a una misma patología o a otra diferente como consecuencia de la anterior.

6. COBERTURA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

La Compañía reconocerá los gastos incurridos por la continuidad del tratamiento de las enfermedades de Alto Costo, que actualmente se encuentran en curso de atención por parte de la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC - a partir del inicio de la vigencia de la póliza, sin aplicar restricciones.

7. AMPARO AUTOMÁTICO DE ASEGURADOS A PARTIR DE LA VINCULACION A LA UNIVERSIDAD

La póliza cubrirá automáticamente la inclusión de nuevos afiliados a partir de la vinculación al servicio médico de la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

8. CLAUSULAS EN ANEXO:

En la póliza se incluirán como un anexo las siguientes cláusulas, sin perjuicio de las que sean obligatorias, en cumplimiento a lo establecido en la ley, en el Código de Comercio y demás normas concordantes y de las que se ofrezcan en la presente invitación.

9. MODIFICACION DE LA POLIZA:

De conformidad con el artículo 1071 del Código de Comercio, la Entidad tendrá el derecho de revocar unilateralmente el contrato de seguro, en cualquier momento de su ejecución.
En el momento que se modifiquen las normas de referencia tanto para planes de beneficios como para medicamentos y estas afecten a las partes, se renegociarán las condiciones, tanto como en uno como en otro sentido, de mutuo acuerdo.
Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por un representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta póliza.

10. NUMERO DE DIAS HABILES DENTRO DE LOS CUALES SE EFECTUARA EL PAGO DEL SINIESTRO
La Compañía de Seguros efectuará el pago dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

OFERTA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO
Corresponde al 3% de la participación en la cofinanciación de los programas Fomento y Prevención de la UNIVERSIDAD, para el periodo de vigencia de la póliza el cual se aplica sobre el valor de las primas adjudicadas.

CUBRIMIENTO DE EVENTOS NO POS DEMOSTRANDO COSTO- EFECTIVIDAD
Para aquellas intervenciones o procedimientos (no incluye apoyo diagnóstico, imagenología y laboratorios) que no estén descritas en la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 y sus anexos y Resolución 5975 de 2016 y sus anexos o las normas que la modifiquen o deroguen, se cubrirán si se demuestra ante la Aseguradora, que es costo-efectivo, mediante los mecanismos

que establezca la aseguradora, en términos de: calidad, disminución de costos, disminución de estancia, mayor efectividad en los resultados esperados.

GIRO DE LAS INDEMNIZACIONES "NO SUJETO A PAGO PREVIO A LAS IPS"
La Aseguradora girarán los recursos objeto de la presente cobertura, con la presentación de las facturas que le presenten las IPS, como demostración de la "cuantía de pérdida", reflejando así los costos en que han incurrido UNISALUD, con ocasión de la atención de pacientes afiliados a su servicio médico, que padecen Enfermedades de Alto Costo cubiertas por esta póliza.

NO APLICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Dado que el régimen de UNISALUD es especial, el proponente NO EXCLUIRA DE LA COBERTURA, patologías o procedimientos derivados de dichos riesgos, sean calificados o no.

APLICACIÓN A PRORRATA DEL DEDUCIBLE PACTADO POR CANCELACION DE LA PÓLIZA ANTES DE LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA ACORDADA, POR CUALQUIER CAUSA.
Para aquellos casos en donde cese la cobertura de la póliza por cualquier causa, en forma automática el deducible primario operará proporcionalmente a las doceavas en que estuvo vigente la póliza.

LIMITE AGREGADO ANUAL

De acuerdo al presupuesto establecido para la contratación de la póliza, el valor estipulado inicialmente del límite agregado anual es de **CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE ($ 486, 810,000)** Es de anotar que al final de la vigencia de la póliza se realizara el ajuste correspondiente al límite agregado anual del 1.5 veces el valor de las primas emitidas y recaudas por la aseguradora para determinar el valor real a indemnizar.

PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ ***TEL.*** _____
REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ *TEL.* _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____
NOMBRE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

www.uptc.edu.co
Avenida Central del Norte 39 - 115
PBX (57) 8 740 5626 Tunja - Boyacá
Tunja y en el PBX (57) 8 740 5626

ANEXO 5
CERTIFICACIÓN QUE ACREDITA LA CONDICION DE MIPYME

De conformidad con lo establecido en el proceso de Invitación pública No. ___, cuyo objeto es _____, certifico bajo la gravedad del juramento que la empresa _____, ostenta la calidad de Mipyme bajo el cumplimiento de los siguientes parámetros:

Clase de empresa:_____
Número de empleados:_____
Activo total:_____SMMLV

Nota: Esta información da cumplimiento a lo establecido en la ley 905 de 2004 y demás decretos reglamentarios.

Atentamente,

_____
Representante Legal

_____
Revisor fiscal

292

ANEXO 6

Tunja, _____

Señores
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
Tunja

El suscrito _____, en nombre y representación de _____.
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO que SI____ NO____ he sido proveedor de la Universidad.

(En caso Afirmativo) Que los contratos que he suscrito con la Universidad son los siguientes:
1._____ (Indicar Número, fecha, Objeto y Valor del Contrato)
2. _____ (Indicar Número, fecha, Objeto y Valor del Contrato)
3. (...)

La anterior declaración se realiza con el objeto de verificarse la respectiva evaluación del proveedor bajo la evaluación de la Invitación Pública No. _____ de 2018, cuyo objeto es _____.

PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ ***TEL.*** _____
REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ *TEL.* _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____
NOMBRE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

ANEXO 07
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Tunja, _____

Señores
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA Tunja

REF: Proceso de Contratación Invitación Pública No..... Objeto:.....

Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente, identificada como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de [Nombre de la Entidad Estatal] para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación [Insertar información].

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación [Insertar información].

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los..... días del mes de..... de.....

Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural
Nombre:
Cargo:
Documento de Identidad:

293

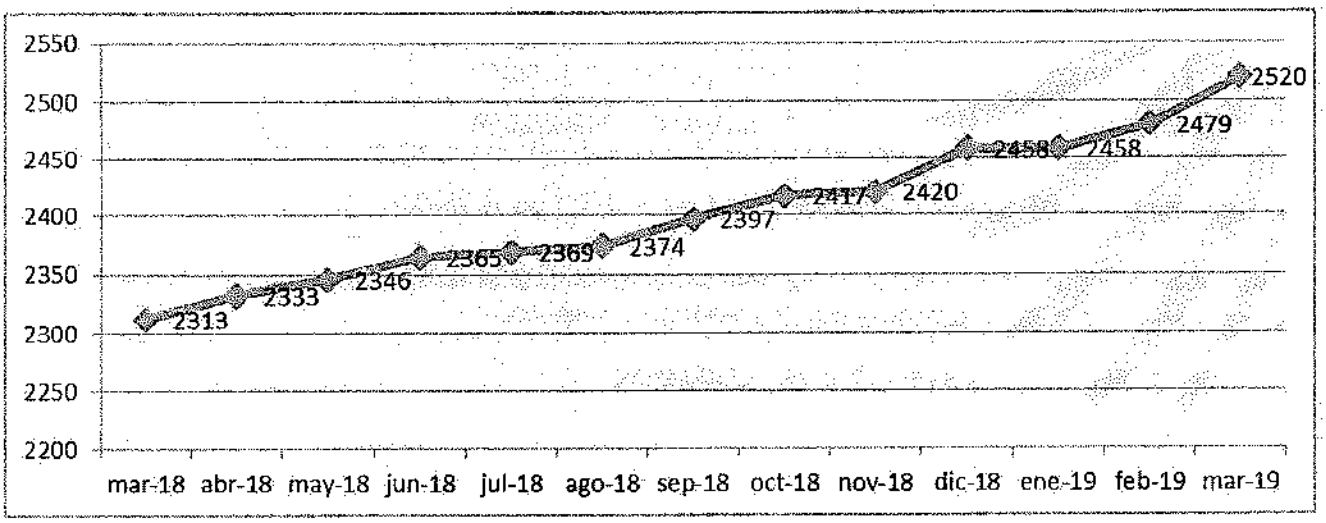
ANEXO No. 8

CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACION DE UNISALUD

El análisis de la dinámica demográfica permite establecer el movimiento, cambio y transformación que ha tenido la población en un territorio y para este caso puntual el comportamiento de la permanencia de la población beneficiaria de la Póliza de Alto Costo de UPTC. Estos cambios generalmente se expresan a través de incrementos o descensos del volumen poblacional; siendo la magnitud y la distribución un dato de importancia que enriquece el análisis. La población beneficiaria de la Póliza corresponde a la población afiliada a Unisalud.

A continuación se presenta el análisis demográfico a partir de la información suministrada por UNISALUD – UPTC en sus bases de datos mensuales del año 2018-2019:

Grafica 1. Comportamiento de la población afiliada a Unisalud-UPTC por mes Póliza 706540882 marzo 2018 a marzo 2019



La grafica anterior muestra el comportamiento de la población afiliada a Unisalud - UPTC durante la vigencia de la póliza de Enfermedades de Alto Costo No. 706540882 y cubierta por la póliza, la cual cuenta con un promedio de 2.404 afiliados a marzo de 2019. En la frecuencia de la población por mes se identifica un aumento con respecto al promedio de la población para el mismo periodo del 2017 que fue de 2.117, y una tendencia ascendente en el número de asegurados.

ANEXO No. 9

COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE LOS AVISOS

Esta sección incluye el acumulado de los preavisos (casos con patologías de Alto Costo que no superaron deducible) y los avisos (casos con patologías de Alto Costo que superaron deducible) presentados en la población afiliada cubierta por la póliza de Alto Costo y que fueron reportados por UNISALUD, durante las últimas tres vigencias de las pólizas, así:

Tabla 1. Frecuencia de los avisos por vigencia

POLIZA No.	VIGENCIA	TOTAL AVISOS ACUMULADOS
706351366	01/03/2016-31/12/2016	18
706536040	01/03/2017 A 31/12/2017	8
706540882	01/03/2018 A 31/12/2018	2

Fuente: Base de Datos de Avisos Pólizas de Alto Costo UPTC corte 28/02/2019

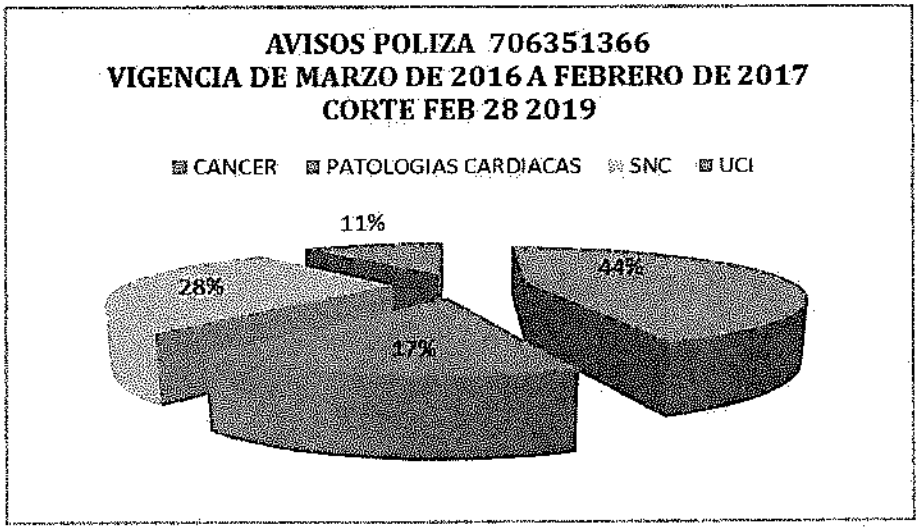
Es importante anotar que la frecuencia de los avisos reportados a la fecha, para la última póliza en lo que lleva de vigencia es baja, si se compara con las vigencias anteriores.

DISTRIBUCION DE AVISOS POR AMPAROS

El comportamiento de la distribución de Avisos por amparos permite identificar el tipo de patologías de Alto Costo que se presentaron en la población afiliada a Unisalud-UPTC durante las últimas vigencias de las pólizas Enfermedades de Alto costo, así:

Grafica 2. Distribución de Avisos por Amparos presentados en la población afiliada de UNISALUD-UPTC Durante Vigencia de la Póliza 706351366

294



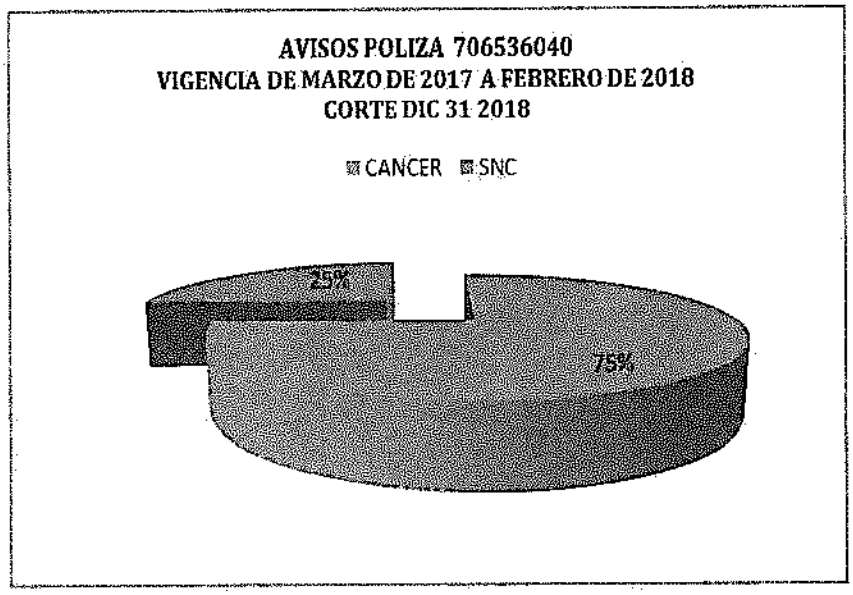
AVISOS POLIZA 706351366 VIGENCIA DE MARZO DE 2016 A FEBRERO DE 2017		
AMPARO	**No. AVISOS**	**PORCENTAJE**
CANCER	8	44%
SNC	5	28%
PATOLOGIAS CARDIACAS	3	17%
UCI	2	11%
Total general	**18**	**100%**

Fuentes: Base de Datos de Avisos Pólizas de Alto Costo UPTC e informe de Siniestralidad de QBE corte 28/02/2019

Con corte al 28 de febrero de 2019, para el periodo de la vigencia de la póliza de Alto costo No 706351366 comprendida del 1 de marzo de 2016 al 28 de febrero de 2017, Unisalud - UPTC reporta un total de 18 avisos.

La grafica anterior muestra que el 44% de los avisos corresponde al amparo de Cáncer la cual tiene una alta frecuencia si se compara con las demás patologías (10 casos), en segundo lugar están las patologías Quirúrgicas del sistema nervioso central (SNC) con el 28 %, en tercer lugar están las Patologías Cardiacas con el 17% y por último se encuentran la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) con un 11%.

Grafica 3. Distribución de Amparos presentados en la población afiliada de UNISALUD-UPTC Durante Vigencia de la Póliza 706536040



AVISOS POLIZA 706536040 VIGENCIA DE MARZO DE 2017 A FEBRERO DE 2018		
AMPARO	**No. AVISOS**	**PORCENTAJE**
CANCER	6	75%
SNC	2	25%
Total general	**8**	**100%**

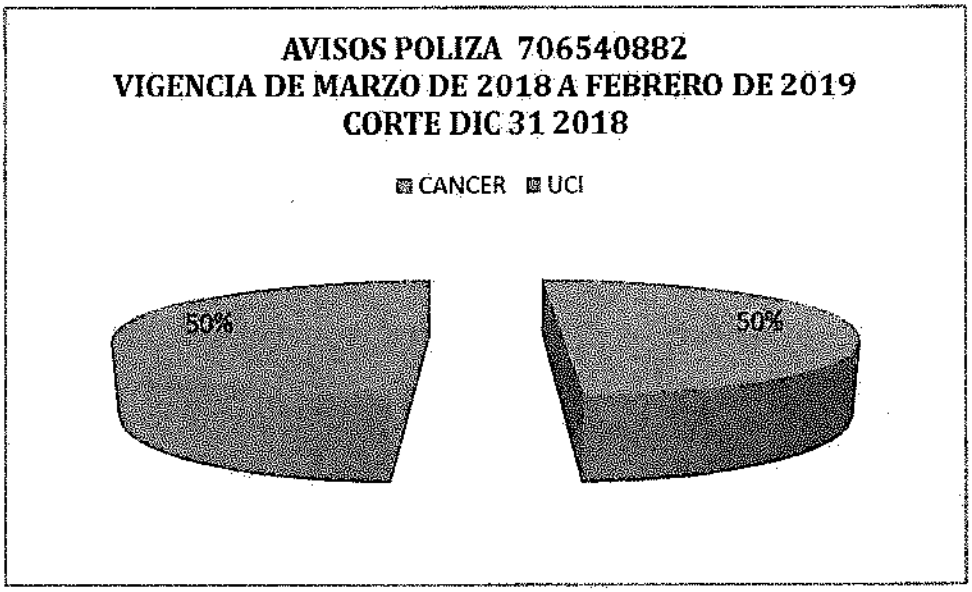
Fuentes: Base de Datos de Avisos Pólizas de Alto Costo UPTC e informe de Siniestralidad de QBE corte 28/02/2019

Con corte al 28 de febrero de 2019, para el periodo de la vigencia de la póliza de Alto costo No 706536040 comprendida del 1 de marzo de 2017 al 28 de febrero de 2018, Unisalud - UPTC reporta un total de 8 avisos.

La grafica anterior muestra que el 75% de los avisos corresponde al amparo de Cáncer la cual tiene una alta frecuencia si se compara con las demás patologías (2 casos), en segundo lugar están las patologías Quirúrgicas del sistema nervioso central (SNC) con el 25 %.

Siendo importante tener en cuenta que los amparos con mayor frecuencia en el número de avisos son Cáncer y las patologías Quirúrgicas del sistema nervioso central (SNC) manteniendo un peso porcentual similar al del presentado en la póliza anterior; igualmente se observa un aumento del porcentaje en esta póliza ya que Cáncer pasó del 44% al 75%.

Grafica 4. Distribución de Amparos presentados en la población afiliada de UNISALUD-UPTC Durante Vigencia de la Póliza 706540882



AVISOS POLIZA 706540882 VIGENCIA DE MARZO DE 2018 A FEBRERO DE 2019		
AMPARO	**No. AVISOS**	**PORCENTAJE**
CANCER	1	50%
UCI	1	50%
Total general	**2**	**100%**

Fuentes: Base de Datos de Avisos Pólizas de Alto Costo UPTC e informe de Siniestralidad de QBE corte 28/02/2019

Con corte al 28 de febrero de 2019, para el periodo de la vigencia de la póliza de Alto costo No 706540882 comprendida del 1 de marzo de 2018 al 28 de febrero de 2019, Unisalud - UPTC reporta un total de 2 avisos.

La grafica anterior muestra que el 50% de los avisos corresponde al amparo de Cáncer y a la Unidad de Cuidados intensivos (UCI).

Siendo importante tener en cuenta que esta póliza lleva 12 meses de vigencia y se realizó una prórroga por dos (2) meses, lo que puede conllevar a que el resultado de los avisos no represente aun el comportamiento de la póliza.

ANEXO No. 10

COMPARATIVO SINIESTRALIDAD DE LAS POLIZAS DE ALTO COSTO DE UNISALUD UPTC POR VIGENCIA CON CORTE A DICIEMBRE DE 2018

Tabla 2. Comportamiento Histórico Pólizas de Enfermedades de Alto Costo

Póliza de E.A.C.	441100000148	441100000174	441100000206 INICIAL Y PRORROGA	703813157 VIGENCIA INICIAL Y PRORROGA	705580611 VIGENCIA INICIAL Y PRORROGA	706351366 VIGENCIA INICIAL Y PRORROGA	706536040 VIGENCIA INICIAL Y PRORROGA	706540882 VIGENCIA INICIAL Y PRORROGA
Compañía de Seguros	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.
Vigencia de la Póliza	01/10/09 a 30/09/10	01/12/10 a 30/11/11	01/09/12 a 28/02/14	01/03/2014 a 31/12/2014 - 01/01/2015 a 28/02/2015	01/03/2015 a 31/12/2015 - 01/01/2016 a 29/02/2016	01/03/2016 a 31/12/2016 – 01/01/2017 a 28/02/2017	01/03/2017 a 31/12/2017 01/01/2018 a 28/02/2018	01/03/2018 a 28/02/2019 01/03/2019 a 30/04/2019
Estado	**Vigencia Cerrada**	**Vigencia Cerrada**	**Vigencia Cerrada**	**Vigencia Cerrada**	**Vigencia Cerrada**	***En Reclamación**	***En Reclamación**	***En Reclamación**
Meses	12	12	18	12	12	12	12	12
Límite de Cobertura	$ 200,000,000	$200,000,000	$ 200,000,000	$285,000,000	$285,000,000	$290,000,000	$220,000,000	$222,000,000
Deducible	$ 30,000,000	$ 40,000,000	$ 38,000,000	$ 32,000,000	$ 42,000,000	$ 43,000,000	$ 49,000,000	$ 64,950,000
Prima por afiliado mes	$ 8,850	$ 6,659	$ 7,658	$ 11,390	$ 10,850	$ 11,150	$ 15,300	$ 11,950
Total Primas Pagadas	$ 173,973,300	$124,556,595	$ 255,210,508	$253,324,990	$246,078,000	$256,962,900	$395,841,600	$339,878,550
Reclamos Presentados	$ 164,763,187	$197,892,978	$ 423,532,730	$410,986,099	$342,398,828	$996,770,823	$1,113,167,026	$252,404,250
Siniestralidad Bruta	**36.13%**	**30.58%**	**80.73%**	**34.07%**	**39.06%**	**45.18%**	**46.06%**	**22.10%**
Siniestros Pagados	$ 54,315,019	$ 56,769,248	$ 336,833,592	$ 132,415,903	$ 126,343,022	$ 442,659,847	$ 500,847,991	$ 45,476,343
Programas de PyP	$ 5,219,199	$ 3,736,698	$ 5,104,210	$ 7,599,750	$ 7,382,340	$ 7,708,890	$ 11,854,308	$ 10,299,348
Total	$ 59,534,218	$ 60,505,946	$ 341,937,802	$ 140,015,653	$ 133,725,362	$ 450,368,737	$ 512,702,299	$ 55,775,691
Siniestralidad Neta	**34.22%**	**48.58%**	**133.98%**	**55.27%**	**54.34%**	**175.27%**	**129.52%**	**16.41%**

Fuente Informes de Siniestralidad JLT Corredores de Seguros Corredores de Seguros, con corte a febrero 2019.

296

ANEXO N° 11

CARTA DE ACEPTACIÓN CONDICIONES BÁSICAS TÉCNICAS OBLIGATORIAS HABILITANTES

Fecha_____
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
Tunja

Referencia: Invitación Privada No 08 de 2019

En mi calidad de representante legal de _____ (indicar nombre del proponente y si actúa de manera directa, en Consorcio o Unión Temporal oferente) que presenta propuesta para la presente contratación, bajo la gravedad del juramento y de conformidad con lo exigido en el ANEXO TECNICO No 1 – CONDICIONES TECNICAS OBLIGATORIAS HABILITANTES del Pliego de Condiciones de la contratación en referencia, me permito certificar que:

Que el proponente que represento, conoce y acepta el contenido de las Condiciones Técnicas Obligatorias Habilitantes estipuladas en el Pliego de Condiciones, sus proformas y anexos, así como el de cada uno de las Adendas expedidas al mismo;

Que la propuesta que presento, contempla la totalidad de las Condiciones Básicas Técnicas Obligatorias Habilitantes, es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

En caso de que sea aceptada la presente propuesta, nos comprometemos a expedir el contrato (pólizas) de seguro correspondiente con la totalidad de las Condiciones Básicas Técnicas Obligatorias Habilitantes y en los mismos términos establecidos en el Pliego de Condiciones.

Que nuestra oferta de Condiciones Básicas Técnicas Obligatorias Habilitantes, cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en el Pliego de Condiciones y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso contractual dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

Que nos comprometemos a proveer a la UNVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGOGICA DE COLOMBIOA , en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso licitatorio, las coberturas y demás condiciones Básicas Técnicas Obligatorias Habilitantes ofrecidas en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por el Pliego de Condiciones, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en el ANEXO de CONDICIONES BÁSICAS TÉCNICAS OBLIGATORIAS HABILITANTES) Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características de los riesgos y las especificaciones de las condiciones Básicas Técnicas Obligatorias Habilitantes y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio.

En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra oferta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como ASEGURADOR, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
Atentamente:

Nombre o Razón Social del Proponente: _____

Cédula de ciudadanía o NIT: _____

Representante Legal: _____

País de Origen del Proponente: _____

(En caso de presentarse la propuesta en consorcio o unión temporal se debe indicar el nombre y país de origen de cada uno de los integrantes)

PLAZO total Para ejecutar el contrato: _____

Valor oferta _____ **(letras - números)**

Me permito informar que las comunicaciones relativas a esta selección las recibiré en la siguiente:
Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____
C.C.: _____

297

ANEXO No. 12
RESUMEN OFERTA ECONOMICA

PÓLIZA / RAMO	TASA ANUAL (1)	COSTO VIGENCIA		
		PRIMA USUARIO(2)	IVA (3)	TOTAL (4)
Enfermedades de Alto Costo				
GRAN TOTAL (5)				

*Para efectos de totalizar se debe tener en cuenta que el promedio de la población afiliada a Unisalud a diciembre de 2018.

Nota: La propuesta económica de los grupos conformados por más de una póliza, debe presentarse con vigencia unificada por cada uno de ellos.

Por lo tanto, en caso de que cualquier grupo se oferte con vigencias diferentes para las pólizas que conforman el mismo, se considerará para la evaluación y calificación, únicamente el periodo mínimo exigido.

No obstante la UPTC, se reserva el derecho de adjudicar hasta agotar el valor del presupuesto, para lo cual la **Entidad**, establecerá la vigencia a adjudicar aplicando una fórmula de proporcionalidad simple frente al ofrecimiento de la vigencia establecida en el presente pliego de condiciones y el oferente con la firma de la propuesta dará como aceptada la adjudicación por el mayor periodo liquidado.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE RESUMEN ECONÓMICO DE LA PROPUESTA
Este documento **deberá ser diligenciado necesariamente en todos los casos para la presentación una propuesta** elegible dentro del proceso licitatorio que se rige por el Pliego de Condiciones del cual forma parte.

Al diligenciar el formato, deberá incluirse la siguiente información, en cada uno de los llamados que se indican en el formato:

En esta columna, se debe indicar la tasa aplicable por el periodo ofrecido

En esta columna, se debe indicar el valor de la prima ofertada por usuario para el periodo ofrecido

En esta columna, se debe indicar el valor del impuesto de valor agregado (Para las pólizas que apliquen)

En esta columna, se debe indicar el valor total de la propuesta por usuario (Prima e I.V.A.)

En esta fila deben indicarse los valores considerando la totalidad del grupo asegurado totales de cada columna, correspondiente a la póliza