UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ

N°. S-2020 _____/UPRES – DECHO – 3.7.6.3.2.4.2 17.5

Quibdó, 17 de junio de 2020

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA PN UPRES DECHO MIC 007 2020

LA POLICIA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICÌA CHOCÓ – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en consorcio o unión temporal existentes en el mercado nacional, con capacidad de presentar oferta para el proceso de contratación de Mínima Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO"**, de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y que cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Verificada la información contenida en el Sistema Electrónico de Contratación Pública "SECOP" www.colombiacompra.gov.co, publicada por Colombia compra eficiente, a la fecha no existe un acuerdo marco de precios vigente para el bien objeto de contratación.

El presente proceso de contratación se adelantará por la modalidad de selección de **Mínima Cuantía,** según lo establecido en la Ley 1474 de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de los actos de corrupción y la efectividad de control de la gestión pública", el Decreto No. 1082 de 2015, "por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional". Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018, por la cual se actualiza, modifica y complementa la resolución N° 03049 de fecha 30 de Julio de 2014.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

OBJETO	**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO**

CLASIFICACIÓN UNSPSC	Segmento	Familia	Clase	Producto
85121808	Servicios de salud	Practica medica	Laboratorios medicos	Servicios de laboratorios de rayos x
85121700	Servicios de salud	Practica medica	Servicios de prestadores especialists de servicios de salud	

PRESUPUESTO	El valor estimado del presente proceso de contratación es de **TREINTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS** para la vigencia 2020 de acuerdo al Certificado de Disponibilidad número **9920 del 05 de Marzo de 2.020,** expedido por el jefe de presupuesto de la Unidad Prestadora de Salud Chocó.
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución del contrato será a partir de la aprobación de la garantía única y la posterior expedición de la carta de inicio firmada por el comandante del Departamento de Policía Chocó, hasta el **30 de noviembre del año 2020** o hasta agotar el total del presupuesto asignado lo primero que ocurra.
Lugar de prestación del servicio	La prestación de los servicios objeto del presente proceso se hará en las instalaciones que el contratista ofrezca en la ciudad de Quibdó, la cual debe estar habilitada para prestar los servicios objeto del presente proceso de contratación, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de protección Social y los entes departamentales y municipales.
FORMA DE PAGO	Se realizará una vez recibidos los bienes y/o servicios a entera satisfacción por parte del Supervisor del contrato y cumplido el trámite administrativo de las cuentas de cobro dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación de la respectiva factura comercial en la oficina de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Chocó, una vez el tesoro Nacional sitúe el PAC a la institución y una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes. En consecuencia, no obstante, la programación del PAC (programa anual de caja), es responsabilidad de la Dirección, su autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través del tesoro Nacional, sin que lo anterior sea impedimento para la ejecución del objeto contractual. Para lo anterior se deberán observar los siguientes trámites. La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con: • Requisitos establecidos por la DIAN. • De acuerdo a la política medioambiental por la que cursa nuestro planeta y en concordancia con la Directiva presidencial 04 de 2012 “EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y LINEAMIENTOS DE LA POLITICA CERO PAPEL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA” esto, sumado a los altos costos generados por el archivo de la documentación física; se ha venido encontrando que los documentos soportes de las facturas de los servicios médicos prestados por la red externa contratada y no contratada; radicadas en las ventanillas únicas de radicación de las cuentas de las seccionales y la Unidad Prestadora de Salud Chocó de la Policía Nacional, son un volumen considerable, el cual en el momento de archivar y dando cumplimiento a la directiva del archivo General de la nación y de Gestión Documental de la Policía Nacional, vienen generando problemas locativos en los archivos y costos elevados. Partiendo de las anteriores premisas se debe propender a la disminución de los soportes en físico y utilizar los medios magnéticos existentes en el mercado, por tal razón en lo posible las facturas radicadas únicamente se presentarán en físico los siguientes soportes: **1)** factura en original y dos copias. **2)** Discriminado de la factura. **3)** Soportes como parafiscales y planilla (formato de Excel indicando: número consecutivo, nombres y apellidos, tipo de documento, número de identificación, edad del usuario, fecha de la presentación del servicio, código, diagnostico (CIE-10), procedimiento, código ISS del procedimiento, fecha, número y valor de la factura), documento del representante legal, certificación

bancaria y relación de la información del medio magnético. El resto de los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoria medica de cuentas como son: **1)** historia clínica. **2)** autorizaciones. **3)** Carnet de la Policía y documentos de identificación, archivo RIPS en medio magnético del número de procedimientos realizados y de su costo; estos deben venir en CD debidamente marcados y en unidad de conservación plástica en polipropileno u otro polímero químicamente estable; el archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

Objeciones y glosas:

- Para los conceptos de facturación que no tengan objeción, se dará trámite para pago en su totalidad en los términos pactados.

- En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas deberán ser respondidas y tramitadas según los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte de la USP. Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

1. **Para el pago**: El pago será efectuado salvo glosas dentro de los 60 días siguientes a su recibo a satisfacción teniendo en cuenta los cupos de PAC autorizados por el Tesoro Nacional.

2. **Causales de no pago**:

- Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

- Todas las cuentas que no se remitan con los soportes necesarios que justifiquen su cancelación.

- Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

- Si los documentos en referencia son devueltos por EL CONTRATANTE, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, EL CONTRATANTE, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

- Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente el recibo a satisfacción a EL CONTRATANTE.
- **Auditoría de cuentas.** La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas médicas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de

	cuentas, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico para que se realice la auditoria, según el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. • **Tramite de glosas.** En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista **tendrá quince (15)** días hábiles **para indicar la** aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa **la auditoria de cuenta** de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitiva, **en caso tal de reiterarse la glosa se procederá a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por parte del contratante, la cual se hará por escrito. Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Seccional o la Unidad Prestadora de Salud Chocó, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.** • **Nota**: Una vez se resuelva, acepte o concilie, la objeción presentada; el Auditor, deberá realizar el informe final o acta de conciliación correspondiente, la cual será firmada por las partes y donde se registrará el total facturado, el total a pagar después de la concertación de las objeciones y la cuantificación y caracterización de las glosas definitivas. Los pagos se harán a la cuenta bancaria anexada por el futuro contratista.
CAUSALES DE RECHAZO DE LA PROPUESTA O DECLARATORIA	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. b. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. c. Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. d. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. e. Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación. f. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. g. Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos. i. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. j. La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación. k. Cuando la oferta supere el valor máximo por ítem. l. Si la propuesta se presenta con posterioridad a la fecha y hora fijada para el cierre del proceso.

DESIERTA DEL PROCESO	m. Si la propuesta se entrega en un lugar diferente al establecido en esta Invitación Publica. n. Cuando el valor de la oferta económica supere el valor estimado del presente proceso de contratación. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** LA POLICIA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCÓ – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ, declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP.
FACTORES QUE SE TENDRAN EN CUENTA PARA LA EVALUACION	Se verificarán los requisitos habilitantes del oferente con el menor precio, siempre y cuando no sobrepase el presupuesto disponible o precio techo establecido por ítem para el presente proceso. Para el presente proceso de contratación se verificarán los requisitos mínimos habilitantes del proponente con la oferta con el menor precio, de conformidad con lo establecido en la ley 1474 de 2011, el Artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 4, Decreto 1082 del 2015, Resolución No. 03049 del 30 de Julio de 2014 "*Por la cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional",* actualizada, modificada y complementada por la resolución 00090 del 15 de Enero de 2018. Se verificarán los requisitos habilitantes de la propuesta con la oferta económica con el menor precio, de no cumplir se verificarán los requisitos habilitantes al oferente con el segundo mejor precio, y así sucesivamente. El proponente, en el momento de elaborar su propuesta, no puede formular condiciones económicas y de contratación artificialmente bajas, con el propósito de obtener la adjudicación del contrato, de conformidad con lo establecido en el numeral 6° del Artículo 26 de la Ley 80 de 1993.
PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMPATE	De conformidad con el Artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 7 del Decreto 1082 de 2015, la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden de entrega de las mismas.
INFORMACION DE ACEPTACION DE LA OFERTA	Con la información de aceptación de la oferta publicada en el SECOPII, el proponente seleccionado quedara notificado de la aceptación de su oferta.
ANÁLISIS DE GARANTÍAS	Las contenidas en el Anexo No. 2 de la presente invitación

DISPOSICIONES NORMATIVAS EN MATERIA AMBIENTAL.	El contratista deberá dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes aplicables en materia de medio ambiente. Nota: La Institución se reserva el derecho de verificar periódicamente el cumplimiento de la normatividad legal vigente en materia ambiental, a través del supervisor del contrato.
INDEMNIDAD	El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la Unidad Prestadora de Salud Chocó de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.
FORMA DE ADJUDICACIÓN	La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará en Forma global, bajo la modalidad de mínima cuantía de acuerdo a lo establecido en el decreto 1082 del 2015.
PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS	La oferta deberá ser presentada en el portal de contratación virtual de Colombia Compra Eficiente SECOP II en términos establecido en el proceso de contratación.

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Para la selección de los proponentes se efectuará una verificación jurídica, económica y técnica, de conformidad con los documentos y criterios establecidos en el presente capítulo.

2.1. DOCUMENTOS JURIDICOS

2.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (Diligenciar Formulario No 1 adjunto)

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

2.1.2. CERTIFICADO EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O MATRICULA MERCANTIL.

Debe ser expedido por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a 30 días anteriores a la fecha de la entrega de la propuesta, Si el proponente es una persona jurídica nacional, deberá comprobar su existencia y representación legal, mediante certificado expedido por la cámara de comercio; cuando se trate de personas jurídicas extranjeras que no tengan establecida sucursal en Colombia, deberán comprobar su existencia y representación legal de conformidad con las normas de su país de origen. El certificado deberá contener la siguiente información: El objeto social deberá incluir las actividades principales del objeto del presente proceso de selección. El objeto de la sociedad, contado a partir de la fecha límite para la presentación de propuestas, no será inferior al plazo establecido para el contrato.

El oferente deberá tener un establecimiento abierto al público con la actividad comercial relacionada con el objeto del proceso.

2.1.3. FOTOCOPIA LEGIBLE DE LA CÉDULA DE CIUDADANÌA DEL PROPONENTE.

El oferente interesado o su representante legal (según su condición de persona natural o jurídica) o sus integrantes (para el caso de uniones temporales o consorcios), deberán anexar la fotocopia de la cédula de ciudadanía legible.

2.1.4. CERTIFICADO DEL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES.

La Unidad Prestadora de Salud Chocó, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal. El oferente anexara junto con su oferta el certificado.

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

2.1.5. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS.

La Unidad Prestadora de Salud Chocó consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta. El oferente anexara junto con su oferta el certificado.

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

2.1.6. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL.

La Unidad Prestadora de Salud Chocó, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta. El oferente anexara junto con su oferta el certificado.

2.1.7. CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL

PERSONA JURÍDICA. (Diligenciar Formulario No 5 y/o 6 adjunto)

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por la Ley 828 de 2003, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el proponente deberá presentar certificación expedida por EL REVISOR FISCAL, si es del caso, o del representante legal del proponente, según resulte aplicable, donde certifique que se encuentra a paz y salvo por concepto de pago de los aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes de parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio), cuando a ello haya lugar.

Adicionalmente debe anexar constancia de pago (Planilla) del último mes a la fecha de presentación de la oferta en la que acreditar el pago de dichos aportes.

De conformidad con el parágrafo segundo del Artículo 13 de la Ley 43 de 1990: “Será obligatorio tener Revisor Fiscal en todas las sociedades comerciales, de cualquier naturaleza cuyos activos brutos durante el año inmediatamente anterior sean o excedan el equivalente a cinco mil salarios mínimos o cuyos ingresos brutos sean o excedan el equivalente a tres mil salarios mínimos.

PERSONA NATURAL.
el proponente es persona natural deberá acreditar el cumplimiento a la Ley 789 de 2002 y de la Ley 828 de 2003, mediante certificado de paz y salvo en la que acreditar el pago de dichos aportes, es decir que deberán acreditar el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral conforme a la Ley 100 de 1993 articulo 4 Ley 797 de 2003 y el Decreto Ley 2150 de 1995, esto es aportes para la seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.

Adicionalmente debe anexar constancia de pago (Planilla) del último mes a la fecha de presentación de la oferta en la que acreditará el pago de dichos aportes.

No obstante, lo anterior cuando no haya lugar a ello el proponente deberá certificar que no existe obligación de realizar aportes por la razón legal que corresponda a través de su representante legal o del revisor fiscal según el caso.

Nota 1: La Ley 828 de julio del 2003, en su Artículo 9 "Por el cual se modifica el parágrafo 3 del Artículo 50 de la Ley 789 del 2002, dispone que las personas jurídicas probarán su cumplimiento mediante certificación expedida por el revisor fiscal o en su defecto por el representante legal; las personas naturales mediante declaración juramentada. En caso de que la información no corresponda a la realidad, el Ministerio de la Protección Social o la Superintendencia Nacional de Salud impondrá una multa de diez (10) a treinta (30) salarios mínimos legales mensajes vigentes al revisor fiscal o representante legal firmante sin perjuicio del pago que deban hacer por los aportes que adeuden.

En el caso que aplique se debe anexar a la propuesta fotocopia legible de la cédula de ciudadanía, tarjeta profesional, certificado de antecedentes disciplinarios los cuales no deben ser mayores a tres (3) meses, expedido por la Junta Central de Contadores, del revisor fiscal.

2.1.8. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. (Diligenciar Formulario No 4 adjunto)

El compromiso anticorrupción se diligenciará conforme al modelo contenido en la presente invitación pública y será firmado por el proponente o apoderado. Si la propuesta es presentada por una unión temporal o consorcio, deberá ser suscrita por todos sus integrantes.

2.1.9. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. (Diligenciar Formulario No 7 y/o 8 adjunto)

No podrán participar en la presente selección, ni suscribir el respectivo contrato las personas que se encuentren incursas en cualquiera de las causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones señaladas en el artículo 127 de la Constitución Política de Colombia, en los artículos 8º de la Ley 80 de 1993, y en las demás normas que las aclaren, modifiquen o deroguen, así como las demás normas concordantes y vigentes sobre la materia. Con la presentación de la propuesta, el proponente manifiesta, tomándolo como prestado bajo la gravedad de juramento, esta circunstancia, igualmente las señaladas en sus artículos 1, 2, 3 y 4 en la Ley 1474 de 2011.

Cuando se trate de consorcios o uniones temporales cada uno de sus integrantes deberá presentar el documento respectivo, de conformidad con su naturaleza.

2.1.10. 2.1.10 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD (Diligenciar Formulario No 10 adjunto)

El acuerdo de confidencialidad se diligenciará conforme al modelo contenido en la presente invitación pública y será firmado por el proponente o apoderado. Si la propuesta es presentada por una unión temporal o consorcio, deberá ser suscrita por todos sus integrantes.

2.2. CONDICIONES TÉCNICAS

2.2.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Los factores de verificación técnicas están descritos en el Anexo No. 1 de la presente invitación publica, los cuales se verificarán con el diligenciamiento por parte de los posibles oferentes donde manifiesten si cumplen o no cumplen y acreditación de los documentos exigidos.

2.2 EVALUACIÓN ECONÓMICA

De acuerdo a lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, que hace referencia a la **MINIMA CUANTIA**, la evaluación económica deberá cumplir con los criterios de

selección requeridos en el presente estudio previo. En ese orden de ideas se recomienda a la administración tener en cuenta como único criterio económico la selección de la oferta que presente el **MENOR PRECIO**, de acuerdo a los precios techos establecidos para el presente proceso de contratación sin sobrepasarlos, toda vez que generaría rechazo de la propuesta.

Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con propuesta económica de menor valor hasta la de mayor valor.
La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor valor, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor valor y así sucesivamente.

Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto de acuerdo a los términos de la NOTA 101 del CAPÍTULO III de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014. “Por la cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional”. El impuesto del IVA deberá incluirse dentro del valor de cada uno de los ítems, debidamente discriminado.

Los precios presentados por el oferente deben cubrir todos los costos de los diferentes impuestos, descuentos, imprevistos, gastos de administración y utilidad del oferente.

La Unidad Prestadora de Salud Chocó no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo, estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

El proponente presentará la oferta económica unitaria sobre la base de los precios techos unitarios IVA incluido que se relacionaran en la invitación pública, en ningún caso se acepta que la oferta este por encima del valor de la sumatoria de todos los ítem. El oferente, que presente el menor precio de cada uno de los elementos, tendrá el primer puesto y los demás puestos de elegibilidad son determinados en estricto orden ascendente.

La oferta debe incluir los precios de mercado y los gastos adicionales en que el oferente incurriría al elaborar y presentar su propuesta (publicación, pólizas, transporte, intereses, etc.). La Unidad Prestadora de Salud Chocó, no reconocerá ningún valor adicional.

2.3.1. PROPUESTA ECONÓMICA (Diligenciar Formulario No 2 adjunto).

El ofrecimiento económico del proponente debe presentarse de conformidad con la información que se requiere en el **Formulario No. 2** de la presente invitación y su valor debe ser en pesos colombianos.

No se aceptarán ofertas alternativas, de hacerse de esta manera no será tenida en cuenta para su evaluación y verificación y causará el rechazo de la misma.

El valor ofertado por parte de los proponentes, debe incluir todos los gastos, costos directos e indirectos, impuestos, expedición de pólizas, transporte, descuentos y demás erogaciones que se causen con ocasión de la presentación de la oferta, suscripción y ejecución del contrato, de acuerdo con las normas legales vigentes, ya que estos se entienden por cuenta de los proponentes.
La oferta con el menor precio será aquella que resulte de la sumatoria de todos los ítems que conforman la oferta.

2.3 CERTIFICACIÒN BANCARIA.

El oferente deberá anexar certificación de la entidad bancaria con fecha de expedición NO MAYOR A NOVENTA (90) DIAS anteriores a la fecha límite de presentación de las propuestas.

El oferente deberá anexar certificación de la entidad bancaria respectiva en la cual se indique nombre del titular, número de cuenta, sucursal y tipo de cuenta (corriente o ahorro), con el fin de estipularla dentro del contrato que se suscriba en desarrollo del presente proceso, para realizar allí las consignaciones resultantes de los pagos del contrato.

En el evento de ser un consorcio o una unión temporal se certificará un número de cuenta bancaria de uno de los consorciados o miembro de la unión temporal.

En caso que el consorcio o unión temporal sea adjudicatario de la contratación, procederá a abrir una única cuenta a nombre del consorcio o de la unión temporal y presentará la certificación de la misma como requisito previo a la suscripción del contrato. Así mismo, adquirirá un Número de Identificación Tributaria (NIT) y allegará la respectiva certificación, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación de la adjudicación. Lo anterior, teniendo en cuenta que el Sistema Integral de Información Financiera (SIIF), solo permite acoger una cuenta bancaria para registrar la obligación y orden de pago.

2.3.1 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA. (Diligenciar formulario No.3).

2.3.2 FOTOCOPIA LEGIBLE DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO EXPEDIDO POR LA DIAN ACLARANDO EL RÈGIMEN TRIBUTARIO.

Se verificará que el proponente u oferente esté inscrito en la DIAN, para lo cual deberá anexar copia del RUT (Registro Único Tributario) debidamente inscrito en la actividad objeto a contratar.

El registro único tributario expedido por la DIAN deberá anexarse tanto para las personas jurídicas como para las personas naturales.

Cuando se trate de consorcio o unión temporal, deberá presentar el RUT de cada uno de los integrantes cumpliendo con los requisitos exigidos y en caso, de adjudicársele el contrato, deberá aportar el RUT del consorcio o la unión temporal dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la adjudicación.

3 CRONOLOGÍA DEL PROCESO

La cronología de la presente invitación publica a presentar ofertas del presente proceso de contratación, los posibles oferentes se regirán por el cronograma publicado por la plataforma SECOP II.

NOTA 1: De ser necesaria la modificación del cronograma anterior, esta se efectuará de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 de 2015.

NOTA 2: De ser necesaria la aplicación del parágrafo 1 numeral 4 art 5 de la ley 1150 de 2007, esta se efectuará de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 de 2015.

4 SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será un uniformado de la Unidad Prestadora de Salud Chocó o quien designe el ordenador del gasto quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del

contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 03049 del año 2014, actualizada, modificada y complementada por la Resolución 00090 del año 2018

5 VEEDURIAS CIUDADANAS

El presente proceso contractual y el contrato que se suscriba está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 80 de 1993 por la Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y la Ley 850 de 2003 por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas., La Unidad Prestadora de Salud Chocó, invita a todas las personas y organizaciones interesadas en hacer control social al presente Proceso de Contratación, en cualquiera de sus fases o etapas, a que presenten las recomendaciones que consideren convenientes, intervengan en las audiencias y a que consulten los Documentos del Proceso en el SECOPII www.colombiacompra.gov.co, a participar como garante en el proceso contractual que se derive de la presente necesidad.

Dada en la ciudad de Quibdó a los _____

Atentamente,

ORIGINAL FIRMADO
Coronel **HENRY MAURICIO GALAN SIERRA**
Comandante Departamento de Policía Chocó.

Elaborado Por:

PT. **Yoimar Chaverra Romaña**
Responsable contratos UPRES - Chocó.

IJ. **Álvaro Enrique Crespo Orozco**
Asesor Jurídico UPRES - Chocó

PRO04. **Juana María Asprilla Ibarguen**
Jefe GRUAD - UPRES - Chocó

CT. **Oscar Fernando Arias Villaquiràn**
Jefe UPRES – Chocó

Fecha de elaboración: 17/06/2020
Ubicación: F:\ G:\INFORMACION CONTRATOS

ANEXO No. 1
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

REQUISITOS TÉCNICOS OBJETO DE VERIFICACIÓN

El oferente deberá marcar con una X, en el siguiente cuadro su manifestación voluntaria de aceptación de cumplimiento o no cumplimiento a las especificaciones técnicas establecidas en los siguientes cuadros.

REQUISITOS GENERALES

A. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará inhabilitada.

B. En la columna CUMPLE / NO CUMPLE, se verificarán las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

C. EL OFERENTE DEBERA DILIGENCIAR EL SIGUIENTE ANEXO INDICANDO SI CUMPLE O NO CON LOS SERVICIOS ALLI DESCRITOS

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	CUMPLE	
			SI	NO
1	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]		
2	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]		
3	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL		
4	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)		
5	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)		
6	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL		
7	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS		
8	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES		
9	870005	RADIOGRAFÍA D|E MASTOIDES COMPARATIVAS		
10	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL		
11	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL		
12	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL		
13	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO		
14	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS		
15	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA		
16	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA		
17	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO		
18	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL		
19	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)		
20	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL		
21	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE		
22	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA		
23	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE		
24	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE		
25	877861	URETROCISTOGRAFÍA		
26	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL		
27	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA		
28	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA		
29	876500	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD		
30	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS		
31	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)		
32	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA		
33	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL		

34	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		
35	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL		
36	875520	MIELOGRAFIA TORACICA		
37	875530	MIELOGRAFIA LUMBAR		
38	878301	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR		
39	878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR		
40	876500	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD		
41	877400	FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL SOD		
42	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA		
43	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL (COMPLEMENTO)		
44	875520	MIELOGRAFIA TORACICA (COMPLEMENTO)		
45	875530	MIELOGRAFIA LUMBAR (COMPLEMENTO)		
46	878111	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO		
47	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN		
48	878101	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR		
49	851301	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U OTRO DISPOSITIVO		
50	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA		
51	879431	UROGRAFIA CON TOMOGRAFIA COMPUTADA		
52	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA		
53	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		
54	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL		
55	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT)		
56	340501	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA PERCUTÁNEA		
57	61002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA		
58	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA		
59	341201	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA		
60	345401	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTÁNEA		
61	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO SUPERFICIAL		
62	413201	BIOPSIA DE BAZO VÍA PERCUTÁNEA		
63	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO		
64	511702	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA PERCUTÁNEA		
65	521002	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA PERCUTÁNEA		
66	542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA		
67	552603	BIOPSIA DE RIÑÓN VÍA PERCUTÁNEA		
68	601101	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL		
69	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA		
70	774911	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA PERCUTÁNEA		
71	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA		
72	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA		
73	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)		
74	345001	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA		
75	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA		
76	502102	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA PERCUTÁNEA		
77	559220	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN O QUISTE RENAL		
78	590500	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN EN ÁREA PERIRRENAL SOD		
79	861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS		
80	540008	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA		
81	540011	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA		
82	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA		

83	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA		
84	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL		
85	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL		
86	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA		
87	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER		
88	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR (HÍGADO, PÁNCREAS, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)		
89	881340	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)		
90	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA		
91	881331	ECOGRAFÍA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES		
92	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)		
93	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)		
94	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)		
95	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL		
96	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
97	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
98	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		
99	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
100	881434	PERFIL BIOFÍSICO		
101	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS		
102	951302	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B		
103	951303	ECOGRAFÍA DE ÓRBITA MODO A Y B		
104	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
105	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)		
106	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS		
107	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
108	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
109	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO		
110	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO		
111	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)		
112	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO		
113	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA		
114	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO		
115	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE		
116	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA		
117	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO		
118	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO		
119	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO		
120	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO		
121	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS		
122	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		
123	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		
124	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS		
125	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO		
126	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA		
127	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS		
128	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE		

129	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES		
130	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES		
131	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS		
132	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES		
133	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES		
134	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES		
135	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR		
136	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES		
137	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR		
138	881403	ECO PELVICA GINECOLOGICA: ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL (TRANSDUCTOR 7 MHZ O MAS)		
139	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER		
140	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL		
141	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL		
142	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL		
143	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL		
144	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL		
145	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)		
146	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN		
147	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL		
148	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER		
149	881434	PERFIL BIOFÍSICO		

COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS
EL OFERENTE DEBERA ANEXAR LOS SIGUIENTES REQUISITOS A SU PROPUESTA LOS CUALES SERAN VERIFICADOS POR EL COMITÉ DESIGNADO PARA TAL FIN

EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO

Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos igual o similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los años (2016 y/o 2017 y/o 2018 y/o 2019) de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones (certificación por contrato o copia de los contratos) con concepto favorable de la recepción de los contratos.

El oferente acreditará la experiencia a través de máximo 3 certificaciones que deben contener la siguiente información:

Nombre del contratante
Objeto del contrato
Número del contrato
Valor del contrato
Plazo
Fechas de inicio y finalización
Nombre del contratista

Estas certificaciones deben estar debidamente suscritas por el representante legal del contratante o la persona autorizada para tal fin; (Las certificaciones deben tener el objeto igual o similar al del presente proceso de contratación).

En caso de no contar con certificaciones de experiencia anexar contratos que se encuentren debidamente finalizados.

RECURSO HUMANO

El oferente deberá certificar la tenencia del recurso humano mediante una certificación firmada por el representante legal, adjuntado los soportes que permitan verificar la información suministrada tales como son hoja de vida, diplomas, registro médico, certificación de experiencia del personal especialista descrito en el presente numeral.

RECURSO HUMANO POR ESPECIALIDAD

ITEMS	PROFESIONAL	CANTIDAD	EXPERIENCIA MINIMA
1	Medico Radiólogo	Mínimo 1	1 año
2	Técnico en radiología	Mínimo 1	1 año
3	Auxiliar de Enfermería	Mínimo 1	1 año

NOTA: La Unidad prestadora de los Servicios de Salud del departamento de policía chocó se reserva el derecho de realizar visita de verificación de la capacidad operativa, técnica y administrativa a los oferentes que presenten oferta para el presente proceso de selección de contratista.

CAPACIDAD OPERATIVA

El oferente deberá diligenciar el anexo número 2 de acuerdo a lo establecido en el presente estudio de conveniencia y oportunidad, el cual relaciona cada uno de los servicios que prestará la institución, **así mismo anexará las hojas de vida de cada uno de los equipos con que cuenta la institución para la realización de los exámenes que requieran los usuario y beneficiarios del subsistema de salud de la policía de acuerdo a la patología o enfermedad que presente el mismo**.

Se requiere que el proponente cuente con instalaciones ubicadas en el perímetro urbano en la ciudad de Quibdó y acreditado como mínimo de un (1) año en esta misma ciudad, que cuente con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios solicitados, los equipos tecnológicos en óptimas condiciones de funcionamiento durante la ejecución del contrato que se derive del presente proceso, que cuente con las normas mínimas de seguridad industrial, debiendo anexar la documentación requerida para su funcionamiento.

Este servicio debe ser prestado por una entidad de salud debidamente habilitada para ello por la autoridad de salud competente. se requiere del cumplimiento de las normas vigentes en el sistema de garantía obligatorio de garantía de calidad expedidas por el ministerio de protección social, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial, los cuales serán verificados mediante visita técnica.

OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La oportunidad en la prestación de servicios de imágenes diagnosticas, exámenes especiales y terapéuticos por eventos (radiografías, tomografías, ecografías y vasculares no invasivos), no podrá ser superior a quince (15) días calendarios, para lo cual el oferente anexará un oficio donde se compromete a cumplir con esta oportunidad solicitada para prestar los servicios objeto del presente proceso de contratación.

Anexar a la propuesta carta de compromiso que soporte la suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), portafolio de servicios (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas en el siguiente horario: lunes a viernes de 08:00 am a 12:00 m de 2:00 pm a 6:00 pm, domingos y lunes festivos de 08:00 am a 12:00 m.

Anexar a la propuesta un oficio donde se evidencie el nombre de la persona que estará en permanente contacto con el Líder de referencia y contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Chocó, una línea telefónica y correo electrónico disponible para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el contratista.

Anexar oficio a la propuesta donde se evidencie que el contratista cuenta con el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección, manual de manejo de desechos y el PAMEC, esta documentación será verificada por la Auditora de Calidad de la Unidad Prestadora de Salud Chocó antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios.

Certificar que cuenta con indicadores de la Resolución 1446 de 2006 (Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud) y la Circular 056 de 2009 (Alertas Temprana).

Certificar que cuenta con el modelo de prestación de servicios.

CERTIFICADO DE HABILITACIÓN

El oferente debe anexar el Certificado de Habilitación expedido por el ente competente mediante el cual se autoriza el funcionamiento del establecimiento para prestar los servicios que ofertan. (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).

Licencia de funcionamiento de los equipos de RX: el oferente en su propuesta deberá anexar la resolución o acto administrativo expedido por la Secretaria De Salud del Departamento Del Chocó o el ente que haga sus veces, para el funcionamiento de los equipos de **RX**, la cual debe estar vigente a la fecha del cierre del presente proceso de contratación.
El oferente anexará a su propuesta certificación donde conste que la atención a para los pacientes hospitalizados no será superior a 6 horas, con el fin de determinar conducta oportuna al usuario internado y evitar las estancias prolongada, lo cual se coordinará entre la central de referencia de la Unidad de salud del chocó y el prestador (futuro contratista), sin que el usuario o representante del mismo asuma dicho trámite.
El Oferente deberá certificar que cuenta con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y que conocen los peligros/riesgos y la forma de controlarlos al ejecutar los servicios.

Atentamente;

REPRESENTANTE LEGAL
Firma _____
Nombre: _____
C.C. N°:_____

Vo. Bo _____/ Patrullero. **RUBEN DARIO RENTERIA MOSQUERA**
Jefe referencia y contrarreferencia UPRES CHOCÓ

Calle 30 Avenida el Aeropuerto el Caraño,
Teléfonos: (4) 6711365-6712010
decho.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO No. 2
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS. GARANTÍAS DEL PROCESO

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en la Sección 3 Garantías, Subsección 1 del Decreto 1082 de 2015.

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE LOS ESTUDIOS.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 1 AÑO MÀS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DE LOS BIENES O SERVICIOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y EL TIEMPO QUE CUBRE LA GARANTÍA TÉCNICA, BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL POR LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE SALUD.	200 SMLMV	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

No.	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE SUCEDER Y COMO PUEDE OCURRIR PROBABILIDAD	PROBABILIDAD	IMPACTO	CATEGORÍA DEL RIESGO	MITIGACIÓN DEL RIESGO
1	**General**	**externo**	**Selección**	**Económicos**	Variación en las circunstancias financieras del contratista en forma negativa que pongan en riesgo la ejecución del contrato.	**3**	**2**	**5**	**Transferir**
2	**General**	**Externo**	**Contratación**	**Operacionales**	Inexistencia de causa justificada para que el adjudicatario no suscriba el contrato por la Administración.	**1**	**2**	**3**	**Transferir el riesgo**

3	**General**	**Externo**	**Contratación**	**Operacionales**	Que el proponente seleccionado una vez firmado el contrato, no presente las garantías requeridas en el proceso de contratación o que su presentación sea tardía.	**3**	**4**	**7**	**Transferir el riesgo**
4	**Especifico**	**Externo**	**Ejecución**	**Operacionales**	Daños causados por la prestación del servicio por parte del personal de la entidad, que no se encuentren legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.	**2**	**3**	**5**	**Transferir el riesgo**
5	**Especifico**	**Externo**	**Ejecución**	**Operacionales**	Mala calidad en la prestación del servicio, conceptos	**3**	**4**	**7**	**Transferir el riesgo**
6	**General**	**Externo**	**Ejecución**	**Operacionales**	No pago de las obligaciones de carácter laboral que por su naturaleza deba asumir el contratista.	**2**	**2**	**4**	**Transferir**

Efectuado el análisis de los riesgos de la contratación teniendo en cuenta el nivel y extensión de los mismos, se estima que el contratista los debe amparar constituyendo cualquiera de las garantías con templadas en el Decreto 1082 de 2015.

✓ **Cumplimiento del Contrato.** Por una cuantía equivalente al **20%** del valor total del contrato, con una vigencia hasta la liquidación del contrato.

✓ **Calidad del servicio y de los bienes suministrados**. Por una cuantía equivalente al **50%** del valor total del contrato, con una vigencia igual al termino de duración del contrato y un (1) año más contados a partir de la fecha de aprobación de Garantía Única.

Y además cumplir con la Cláusula de Indemnidad de acuerdo a lo establecido en el decreto 1082 de 2015 en razón al objeto y condiciones del contrato.

✓ **Daños a terceros por Responsabilidad civil y extra-contractual: 200 SMMLV** Vigente por el término de la vigencia del contrato, Ampara los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución de contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas.

✓ **No pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones laborales:** 5% del valor total del contrato, Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más, Ampara a la Entidad de los perjuicios que se le ocasione como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que este obligado el contratista derivadas de la contratación del personal utilizados para la ejecución del contrato.

Atentamente;

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL_____
DOCUMENTO IDENTIDAD_____
EMPRESA_____
NIT. No._____

ANEXO No. 3
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

En general, son obligaciones del CONTRATISTA: **1**) Cumplir con el objeto contractual. **2)** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. **3)** Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. **4)** Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago**. 5)** Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual la Unidad de salud del Chocó, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar. **6)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. **7)** No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Jefatura la Unidad de salud del Chocó de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. **8)** Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. **9)** Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado. **10)** Realizar y entregar los resultados de exámenes objeto del presente documento, de conformidad con la oferta presentada, la cual hace parte integral del Contrato y con base en las características y condiciones propias del Objeto del Contrato. **11)**. Informar por escrito y debidamente justificado cualquier cambio en las condiciones que surjan durante el término de ejecución del Contrato. **12).** Realizar los trámites para la legalización del Contrato dentro de los tres (3) días hábiles siguientes contados a partir del retiro de la documentación en la Oficina de Contratos la Unidad de salud del del Departamento de Policía. **13)** Cumplir con los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como local. **14)**. Brindar atención con calidad humana, de acuerdo a los parámetros del contrato. **15)**. Presentar la respectiva documentación para el ejercicio de su labor, respetando los parámetros y condiciones exigidos por la institución. **16)**. Diseñar un documento donde se le dé a conocer al usuario, las recomendaciones especiales en forma clara, para realizarse los exámenes referentes al estudio objeto del contrato. **17)**. Entregar los resultados en medio impreso, debidamente identificados con: fecha de realizado el examen, NOMBRES, APELLIDOS y NUMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD COMPLETOS. Nombre y apellidos del profesional que realizo el examen con Número de tarjeta profesional, firma y sello del mismo, y membrete o nombre de la firma contratante. **18)**. Identificar plenamente al usuario antes de ingresar a la consulta y/o examen, para lo cual deberá constatar que el documento de identidad corresponda a la persona que solicita el servicio para evitar posibles suplantaciones. Ante cualquier inconsistencia, es la entidad la que responde ante la Policía Nacional. **19)**. Informar de manera inmediata al Supervisor del contrato o a la Jefatura de la Unidad de salud del en el caso de presentarse suplantaciones o novedades con los usuarios. **20)**. Rendir informe mensual estadístico, consolidado en un archivo plano totalmente diligenciado, el cual debe estar en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: número consecutivo, nombres y apellidos, número de identificación, edad del usuario, fecha de la presentación del servicio, código, diagnostico (CIE-10), procedimiento, código ISS del procedimiento, fecha, número y valor de la factura. Así mismo debe anexar con cada factura archivo RIPS en medio magnético del número de procedimientos realizados y de su costo. **21)**. Informar de manera oportuna al Supervisor del contrato o la Unidad de salud del Chocó, cuando el contrato se encuentre en un 70% y 100% de ejecución, para los fines administrativos requeridos. **22)** Entregar formalmente al contratante el modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o E.S.E) junto la propuesta. **23)** No prestar servicios cuando se haya agotado la asignación presupuestal del contrato, de lo contrario deberá asumir por su cuenta el valor de los servicios realizados una vez el contrato haya consumido el total del valor por el cual fue realizado. **24)** EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REPORTAR DENTRO DE LOS SIGUIENTES CINCO (5) DÍAS A SU OCURRENCIA, EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES PRESENTADOS EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON SUS RESPECTIVOS ANÁLISIS IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y ORDENADOR DEL GASTO, ASUMIENDO LOS COSTOS DE ATENCIÓN EN SALUD DERIVADOS DEL EVENTO ADVERSO, DICHO REPORTE SE DEBE CONSIGNAR EN EL FORMATO 3SS-FR-0006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS **25)** Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual **PARAGRAFO:** El incumplimiento de las obligaciones antes mencionadas dará lugar a hacer exigible por parte del DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ - la Unidad de salud del, la Cláusula Penal Pecuniaria pactada en el presente contrato. **CONDICIONES DEL SERVICIO: 1)** Sostener los precios ofrecidos durante la vigencia del contrato. **2)** Garantizar oportunidad en el servicio en el siguiente horario: lunes a viernes de 08:00 a 12:00m de 2:00 a 6:00 pm y Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas. **3)** Garantizar que el servicio prestado este acorde con el contratado con la Unidad de salud del Chocó. **4)** Prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente el documento de identidad y el carné o constancia de sanidad Policial **5)** Garantizar la realización de los exámenes a los usuarios de acuerdo a la necesidad

la Unidad de salud del. **6)** Rendir informe mensual de los usuarios atendidos, con monto de ejecución del contrato la Unidad de salud del Chocó. **7)** Facturar los precios de acuerdo a lo convenido en el contrato. **8)** informar por escrito al supervisor del contrato cuando el valor facturado haya llegado al 70% y el 100% de ejecución del monto total del contrato **9)** Suspender el servicio cuando el valor facturado haya llegado al 100% de ejecución del monto total del contrato. **10)** informar al supervisor del contrato por correo electrónico de manera semanal el estado de facturación, como seguimiento y control a la ejecución del contrato. **11)** No prestar servicios cuando se haya agotado la asignación presupuestal del contrato, aun presenten los usuarios la autorización de referencia y contrareferencia, de lo contrario deberá asumir por su cuenta el valor de los servicios realizados una vez el contrato haya consumido el total del valor por el cual fue realizado. **12)** Implementar sistemas de control para poder detectar y corregir cualquier tipo de novedad que se llegare a presentar, informando la Unidad de salud del Chocó de manera inmediata. **13)** Cumplir con todas las condiciones que la normatividad vigente exige para la prestación del servicio objeto del presente documento. En este se entiende que debe garantizar la infraestructura, recursos humanos, equipos, insumos, documentación y sistema de información requeridos para garantizar dicho servicio. **14)** Garantizar un coordinador para la ejecución del contrato, el cual deberá contar con una línea telefónica de fácil acceso y estar disponible en horario de oficina, para solucionar cualquier novedad por parte la Unidad de salud del Chocó. **15)** El valor de los medicamentos, insumos e implementos médicos asociados a los procedimientos ofertados, no podrá ser superior al precio de compra más el 12%, y se deberá adjuntar copia de la factura de compra a la factura de cobro, que se presente en la oficina de auditoría de cuentas la Unidad de salud del Chocó. **16)** Entregar formalmente al contratante el modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o E.S.E) junto la propuesta. **17)** Contar con el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección, manual de manejo de desechos y el PAMEC, esta documentación será verificada por la Auditora de Calidad de la Unidad de salud del Chocó antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios. **PARAGRAFO SEGUNDO: "Obligaciones del Contratista, en Seguridad y Salud en el Trabajo':** 1) Presentar certificado de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se reporte que cuentan con Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo (SST) de acuerdo a los establecido en la Resolución 1111/2017. 2) Presentar el certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación. 3) Presentar el certificado de la ARL o SENA, que el Gerente cursó y aprobó el curso de las 50 horas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). 4) Presentar la Matriz de Peligros y Riesgos. 5) Presentar el plan de emergencias actualizado. **18)** Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL_____
DOCUMENTO IDENTIDAD_____
EMPRESA_____
NIT. No._____

:

Código: 3SS-FR-0006	**PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 24/10/2018	**REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**	
Versión: 3		

El reporte de eventos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que ayudarán a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes dentro del Programa de Seguridad del Paciente

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:						
FECHA DE NOTIFICACIÓN	DD	MM	AA		**CÓDIGO DE REPORTE:**	

ATENCIÓN: Los campos identificados con el PUNTO NEGRO corresponden a la mínima información necesaria para que el evento pueda ser evaluado y por tanto deben ser diligenciados en su totalidad

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. NOMBRES Y APELLIDOS	•	**2. HISTORIA CLÍNICA**	•

3. DIAGNÓSTICO	**4. EDAD**	**5. SEXO**		**6. HABITACIÓN**
		F	**M**	

7. MÉDICO TRATANTE:	

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. FECHA OCURRENCIA			**9. HORA**			**10. ÁMBITO DE OCURRENCIA**			
DD	MM	AA		am	pm	Ambulatorio	Hospitalario	Urgencias	Procedimientos diagnósticos

11. NOMBRE DEL SERVICIO:	
12. DESCRIPCIÓN	

13. TIPO DE EVENTO	ADVERSO	INCIDENTE	COMPLICACIÓN	**14. SEVERIDAD DEL EVENTO**	SEVERO	MODERADO	LEVE	NO DAÑO

Evento adverso: Todo daño al paciente que se produce de manera no intencional y es atribuible a la atención en salud.	**Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención de salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.	**Complicacion:** Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: (Diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque **M** para el caso de Medicamentos y **DM** para el caso de dispositivo médico)

M	**DM**	**15. NOMBRE**	•	**16. DOSIS/REGIMEN/VÍA**	**17. LOTE**	**18. REFERENCIA/MODE**	**19. SERIE**	**20. FABRICANTE**

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	**22. CARGO**	**23. SERVICIO**

V. ANÁLISIS DE CAUSAS

PACIENTE Y FAMILIA

* Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente.
* No acatamiento de normas de seguridad del hospital.
* Poca colaboración del paciente
* Suministro de información insuficiente sobre antecedentes

MÉTODOS Y PROCESOS

* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Etapas del proceso poco claras o definidas.
* No se dispone de protocolos o estándares.
* Los protocolo y estándares no están

MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO

* Congestión, desorden, falta de espacio.
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, etc.
* Estructura y diseño de las

EVENTO PRESENTADO

MEDICAMENTOS , DISPOSITIVOS MEDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO)

* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Claridad en etiquetas o instructivos.
*Falta de funcionamiento.
*No disponibilidad

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)

*Decisiones erradas
*Personal insuficiente
*Lapusu o distracciones
*Falta de conocimiento y entrenamiento
*Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo
*Errores en el manejo del sistema de información
*Exceso de confianza

OTRAS CAUSAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	QUIÉN	CUÁNDO			VERIFICACIÓN		
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA

VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE

Fecha de verificación			Jefe del área	Responsable Seguridad del Paciente
DD	MM	AAAA		

ANEXO No. 4
OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** – **DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCÓ – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

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

4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

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

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

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

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

9. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

10. Entrega del Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN

11. El contratante informara a sus usuarios y beneficiarios de la red de prestación de servicios mediante los diferentes correos de las estaciones de Policía, Poligramas, alocuciones radiales por medio de la oficina de atención al usuario de la Unidad Prestadora de Salud Chocó.

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

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Quibdó, xx de xxxxx 2020

Señor
COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ
Calle 30 av aeropuerto el caraño
Quibdo.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO."**

Yo (Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una unión temporal o de un consorcio, (Deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO.".**

conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus decretos reglamentarios, Código Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
5. **El CONTRATISTA** se obliga a mantener indemne a la **POLICIA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCÓ - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ** de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.
6. Que me obligo a suministrar a solicitud de **LA POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCÓ – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ,** cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono(s): Fax
8. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
9. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
10. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso, será hasta el 30 de noviembre del 2020 a partir de la aprobación de la carta de inicio firmada por el Comando Departamento de Policía Chocó.
11. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
12. Que el valor de la propuesta es por _____.

Cordialmente;

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL_____
DOCUMENTO IDENTIDAD_____
EMPRESA_____
NIT. No._____

FORMULARIO No. 2
PROPUESTA ECONÓMICA

Quibdó, xx de xxxxx 2020

Señor
COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ
Calle 30 av aeropuerto el caraño
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO."**

El suscrito_____, obrando en nombre y representación de _____, de conformidad con lo establecido en las condiciones, del presente proceso de contratación, adelantado por la Unidad Prestadora de Salud Chocó, por medio de la presente, oferto de forma irrevocable y como precio fijo y global, para la celebración del contrato que es objeto del presente proceso, y en consecuencia, ofrezco proveer los servicios correspondientes previstos en la presente invitación por un valor total que se discrimina así:

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	TARIFA TECHO	PRECIOS TECHO	PRECIOS OFERTADOS
1	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	SOAT NACIONAL 2020	$49.400,00	
2	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	SOAT NACIONAL 2020	$63.800,00	
3	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	SOAT NACIONAL 2020	$78.400,00	
4	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	SOAT NACIONAL 2020	$26.000,00	
5	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	SOAT NACIONAL 2020	$103.600,00	
6	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	SOAT NACIONAL 2020	$253.400,00	
7	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	SOAT NACIONAL 2020	$64.100,00	
8	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	SOAT NACIONAL 2020	$64.100,00	
9	870005	RADIOGRAFÍA D|E MASTOIDES COMPARATIVAS	SOAT NACIONAL 2020	$82.800,00	
10	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	SOAT NACIONAL 2020	$133.400,00	
11	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	SOAT NACIONAL 2020	$36.300,00	
12	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	SOAT NACIONAL 2020	$205.700,00	
13	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	SOAT NACIONAL 2020	$244.000,00	
14	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	SOAT NACIONAL 2020	$244.000,00	

15	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	SOAT NACIONAL 2020	$168.800,00	
16	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	SOAT NACIONAL 2020	$176.400,00	
17	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	SOAT NACIONAL 2020	$90.700,00	
18	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	SOAT NACIONAL 2020	$308.700,00	
19	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	SOAT NACIONAL 2020	$191.900,00	
20	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	SOAT NACIONAL 2020	$148.900,00	
21	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	SOAT NACIONAL 2020	$182.900,00	
22	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	SOAT NACIONAL 2020	$164.100,00	
23	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	SOAT NACIONAL 2020	$184.900,00	
24	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	SOAT NACIONAL 2020	$184.900,00	
25	877861	URETROCISTOGRAFÍA	SOAT NACIONAL 2020	$247.000,00	
26	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	SOAT NACIONAL 2020	$247.000,00	
27	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	SOAT NACIONAL 2020	$247.000,00	
28	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	SOAT NACIONAL 2020	$247.000,00	
29	876500	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD	SOAT NACIONAL 2020	$247.000,00	
30	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	SOAT NACIONAL 2020	$248.700,00	
31	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	SOAT NACIONAL 2020	$64.100,00	
32	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	SOAT NACIONAL 2020	$54.400,00	
33	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	SOAT NACIONAL 2020	$81.000,00	
34	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT NACIONAL 2020	$98.900,00	
35	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL	SOAT NACIONAL 2020	$306.600,00	
36	875520	MIELOGRAFIA TORACICA	SOAT NACIONAL 2020	$306.600,00	
37	875530	MIELOGRAFIA LUMBAR	SOAT NACIONAL 2020	$306.600,00	
38	878301	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR	SOAT NACIONAL 2020	$340.600,00	
39	878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR	SOAT NACIONAL 2020	$340.600,00	
40	876500	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD	SOAT NACIONAL 2020	$219.400,00	
41	877400	FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL SOD	SOAT NACIONAL 2020	$219.400,00	
42	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	SOAT NACIONAL 2020	$306.600,00	
43	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL (COMPLEMENTO)	SOAT NACIONAL 2020	$268.300,00	
44	875520	MIELOGRAFIA TORACICA (COMPLEMENTO)	SOAT NACIONAL 2020	$268.300,00	

45	875530	MIELOGRAFIA LUMBAR (COMPLEMENTO)	SOAT NACIONAL 2020	$268.300,00	
46	878111	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO	SOAT NACIONAL 2020	$595.200,00	
47	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN	SOAT NACIONAL 2020	$182.900,00	
48	878101	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	SOAT NACIONAL 2020	$595.200,00	
49	851301	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U OTRO DISPOSITIVO	SOAT NACIONAL 2020	$217.600,00	
50	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	SOAT NACIONAL 2020	$247.000,00	
51	879431	UROGRAFIA CON TOMOGRAFIA COMPUTADA	SOAT NACIONAL 2020	$205.700,00	
52	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	SOAT NACIONAL 2020	$247.000,00	
53	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	SOAT NACIONAL 2020	$442.700,00	
54	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	SOAT NACIONAL 2020	$710.700,00	
55	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT)	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
56	340501	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
57	61002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
58	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
59	341201	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
60	345401	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
61	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO SUPERFICIAL	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
62	413201	BIOPSIA DE BAZO VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
63	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
64	511702	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
65	521002	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
66	542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
67	552603	BIOPSIA DE RIÑÓN VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
68	601101	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
69	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
70	774911	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
71	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
72	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
73	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	SOAT NACIONAL 2020	$265.400,00	
74	345001	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	

75	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
76	502102	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
77	559220	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN O QUISTE RENAL	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
78	590500	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN EN ÁREA PERIRRENAL SOD	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
79	861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
80	540008	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
81	540011	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
82	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
83	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA	SOAT NACIONAL 2020	$237.000,00	
84	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
85	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	SOAT NACIONAL 2020	$157.400,00	
86	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	SOAT NACIONAL 2020	$157.400,00	
87	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
88	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR (HÍGADO, PÁNCREAS, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)	SOAT NACIONAL 2020	$180.500,00	
89	881340	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)	SOAT NACIONAL 2020	$113.800,00	
90	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	SOAT NACIONAL 2020	$113.800,00	
91	881331	ECOGRAFÍA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	SOAT NACIONAL 2020	$113.800,00	
92	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)	SOAT NACIONAL 2020	$227.400,00	
93	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	SOAT NACIONAL 2020	$227.400,00	
94	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	SOAT NACIONAL 2020	$137.800,00	
95	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	SOAT NACIONAL 2020	$137.800,00	
96	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT NACIONAL 2020	$152.200,00	
97	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT NACIONAL 2020	$152.200,00	
98	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	SOAT NACIONAL 2020	$152.200,00	
99	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT NACIONAL 2020	$152.200,00	
100	881434	PERFIL BIOFÍSICO	SOAT NACIONAL 2020	$117.900,00	
101	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	SOAT NACIONAL 2020	$118.800,00	
102	951302	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	SOAT NACIONAL 2020	$160.600,00	
103	951303	ECOGRAFÍA DE ÓRBITA MODO A Y B	SOAT NACIONAL 2020	$160.600,00	
104	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT NACIONAL 2020	$123.500,00	
105	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	SOAT NACIONAL 2020	$107.100,00	

106	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	SOAT NACIONAL 2020	$107.100,00	
107	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
108	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
109	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
110	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
111	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
112	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
113	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
114	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
115	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
116	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
117	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	SOAT NACIONAL 2020	$122.900,00	
118	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
119	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
120	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
121	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	SOAT NACIONAL 2020	$148.900,00	
122	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	SOAT NACIONAL 2020	$227.400,00	
123	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	SOAT NACIONAL 2020	$194.600,00	
124	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
125	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
126	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
127	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	SOAT NACIONAL 2020	$148.900,00	
128	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	SOAT NACIONAL 2020	$148.900,00	
129	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	SOAT NACIONAL 2020	$148.900,00	
130	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	SOAT NACIONAL 2020	$148.900,00	
131	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
132	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
133	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
134	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
135	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
136	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	

137	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	SOAT NACIONAL 2020	$369.600,00	
138	881403	ECO PELVICA GINECOLOGICA: ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL (TRANSDUCTOR 7 MHZ O MAS)	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
139	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	SOAT NACIONAL 2020	$158.300,00	
140	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
141	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	SOAT NACIONAL 2020	$93.900,00	
142	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	SOAT NACIONAL 2020	$77.000,00	
143	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
144	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
145	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)	SOAT NACIONAL 2020	$227.400,00	
146	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN	SOAT NACIONAL 2020	$120.300,00	
147	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	SOAT NACIONAL 2020	$99.200,00	
148	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER	SOAT NACIONAL 2020	$154.440,00	
149	881434	PERFIL BIOFÍSICO	SOAT NACIONAL 2020	$117.900,00	

EN NINGUN CASO EL OFERENTE PODRA SUPERAR LOS PRECIOS TECHOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE ANEXO, LO CUAL SERA CAUSAL DE RECHAZO DE LA PROPUESTA EN EL CASO QUE LO SUPERE.

NOTA: Los precios deben incluir la carga tributaria y arancelaria de ley. No se aceptan reajustes ni cobros adicionales por algún concepto ni tampoco incrementos durante la ejecución del contrato

Atentamente;

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL_____
DOCUMENTO IDENTIDAD_____
EMPRESA_____
NIT. No._____

FORMULARIO No. 3
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT_____
C.C. _____Dirección _____ Teléfono_____
Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____ **Ahorros** _____

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____ Ciudad _____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 4
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante. y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la Unidad Prestadora de Salud Chocó adelanta un proceso de selección Mínima Cuantía para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la Unidad Prestadora de Salud Chocó**,** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la Unidad Prestadora de Salud Chocó, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la Unidad Prestadora de Salud Chocó durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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

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

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

EL PROPONENTE:

(Nombre, número del documento de identificación y firma del proponente o su representante)

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

FORMULARIO No. 5

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA JURÍDICA

Señor
COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ
Calle 30 av aeropuerto el caraño
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO."**

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

REPRESENTANTE LEGAL
Firma _____
Nombre:_____
C.C. N°:_____

REVISOR FISCAL O CONTADOR
Firma_____
Nombre:_____
C.C. N°:_____
Tarjeta Profesional No.

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

FORMULARIO No. 6

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA NATURAL

Señor
COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ
Calle Calle 30 av aeropuerto el caraño
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO.**"

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

Atentamente,

Firma _____
Nombre: _____
C.C. N°: _____

FORMULARIO No. 7

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA JURÍDICA

Señor
COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ
Calle 30 av aeropuerto el caraño
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO."**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con NIT N°_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (Policía Nacional Departamento de Policía Chocó). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Atentamente;

REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____
Nombre: _____
C.C. N°: _____

FORMULARIO No. 8

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA NATURAL

Señor
COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ
Calle 30 av aeropuerto el caraño
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN UPRES DECHO MIC 007 2020** cuyo objeto es la "**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO."**

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

Atentamente,

Firma _____
Nombre: _____
C.C. N°: _____

FORMULARIO No. 9
PROTECCIÓN AMBIENTAL

El Departamento de Policía Chocó, como Institución debe procurar realizar los procesos asociados a la adquisición de bienes y servicios necesarios para el eficiente funcionamiento de la Unidad que posibiliten el cumplimiento de la política ambiental ("En la Policía Nacional nos comprometemos a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación el cumplimiento de la legislación y las diferente regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos asociados a nuestras instalaciones, procesos servicios; así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la Institución"), según lo establecido en la resolución 2900 del 17/08/2012 contribuyendo de esta forma con la protección efectiva del medio ambiente, dentro de los procesos que se adelanten con miras a la adquisición de bienes o servicios se incorporaran criterios articulados con la protección del medio ambiente, a partir de la inclusión de parámetros como la compra verde o responsable, que significa la integración del componente ambiental en la toma de decisiones de compra de bienes y contratación de servicios; por lo tanto solicitamos de manera informativa a nuestros proveedores, relacionar la siguiente información con carácter adicional.

Yo, _____ me comprometo a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, de tal forma que los bienes que suministrare cumplen los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental. Igualmente a la adquisición de productos en presentaciones simples, cuya disposición final permita el reciclaje, la transformación hacia otros artículos o su fácil descomposición, adquirir productos en cuyo proceso no se utilicen químicos, ni tóxicos, peligrosos, igualmente adquirir en lo posible artículos que contengan el sello verde, contribuyendo de esta forma con la protección efectiva del medio ambiente, así mismo se solicita el compromiso de cumplir y respetar los programas ambientales establecidos para las instalaciones del Departamento de Policía Chocó, en cuanto al manejo de residuos sólidos, residuos peligrosos, sustancias químicas, manejo de vertimientos, uso y ahorro del agua y energía.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL_____
DOCUMENTO IDENTIDAD_____
EMPRESA_____
NIT. No._____

FORMULARIO No. 10
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

El(los) Suscritos(s) a saber:_____ domiciliado en _____, quien obra en calidad de Representante legal, que en adelante se denominará **EL PROPONENTE**, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, dentro del pliego de condiciones y/o Términos de Referencia teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la Unidad Prestadora de Salud Chocó adelanta un proceso de contratación para la celebración de un contrato estatal la ejecución del proyecto que tiene por objeto **PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y SERVICIO INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE SENO (INCLUYE EDUCACIÓN, TAMIZAJE, MAMOGRAFÍA Y DIGITACIÓN DE DATOS), DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO."**

SEGUNDO: Que **EL PROPONENTE** entiende que parte de la información a la cual tendrá acceso por causa o con ocasión de los procesos de contratación descritos en el numeral anterior se encuentra sujeta a reserva legal por tratarse de actividades relacionadas con la defensa y seguridad de la Nación.

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** revelada por la Unidad Prestadora de Salud Chocó o por terceros formalmente designados para el efecto.

2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **CONTRATO**, la información que le sea entregada directamente por la Unidad Prestadora de Salud Chocó o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **CONTRATO**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**.

5. Reconocer que el recibo de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la Unidad Prestadora de Salud Chocó.

6. suscribir, con antelación a la revelación de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**, los Acuerdos de Confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente Acuerdo con todos sus empleados o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucrara o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **CONTRATO**.

7. **El PROPONENTE** mantendrá una lista de usuarios de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que será entregada a **EL PROPONENTE** cuando ella lo solicite.

8. Utilizar única y exclusivamente **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el **CONTRATO.**
9. No utilizar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **CONTRATO**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **CONTRATO**.

11. No usar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la Unidad Prestadora de Salud Chocó

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la Unidad Prestadora de Salud Chocó.

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL_____
DOCUMENTO IDENTIDAD_____
EMPRESA_____
NIT. No._____

FORMULARIO No. 11
SERVICIOS Y CAPACIDADES INSTALADAS

NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL DE COMPLEJIDAD	AMB / HX	NUMERO DE UNIDADES	OFERTA	NUMERO DE CAMAS

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL_____
DOCUMENTO IDENTIDAD_____
EMPRESA_____
NIT. No._____