ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

NOTA INFORMATIVA:

EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR JUNTO CON LA OFERTA EL FORMATO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS QUE SE PRESENTA A CONTINUACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE EXPRESE SU MANIFESTACIÓN DE CUMPLIMIENTO O NO CUMPLIMIENTO CON CADA UNA DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS, LAS CUALES SERÁN VERIFICADAS POR EL COMITÉ TÉCNICO APLICANDO EL CRITERIO DE CUMPLE O NO CUMPLE.

ASÍ MISMO, EL OFERENTE DEBERÁ APORTAR LAS CERTIFICACIONES SOLICITADAS Y ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, LAS CUALES SERVIRÁN DE SOPORTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL OBJETO QUE SE PRETENDE CONTRATAR

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN CUMPLIR LOS OFERENTES</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td>01</td><td>El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista (oferente), y recibido a satisfacción de todos los servicios o elementos contratados.

Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

NOTA 1: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8, verificará la información según lo señalado en el Decreto 019 de 2012</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>02</td><td>El futuro proponente deberá acreditar el personal profesional más adelante relacionado:

<table><tr><th>PROFESIONAL</th><th>TOTAL MÍNIMO</th></tr><tr><td>MEDICINA ESPECIALIZADA EN CARDIÓLOGIA</td><td>2</td></tr><tr><td>MEDICINA ESPECIALIZADA EN CARDIOLOGIA PEDIATRIACA,</td><td>1</td></tr></table></td><td></td><td></td></tr>
</table>

MEDICINA ESPECIALIZADA EN ELECTROFISIOLOGIA	1
MEDICINA ESPECIALIZADA EN CIRUGIA VASCULAR	1
MEDICINA ESPECIALIZADA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1

Para el cumplimiento de lo anterior, debe aportar con su oferta lo siguiente:

- debidamente diligenciado el Anexo **FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO** por cada profesional.
- Fotocopia del Título de educación profesional (pregrado), especialidad, subespecialista y/o su certificación de Homologación y/o Convalidación del título, si fue obtenido (a) en el exterior.
  NOTA: para el personal profesional, especialista o subespecialista según corresponda)
- Fotocopia de la tarjeta profesional.
- El personal debe estar registrado en el RETHUS

NOTA: El supervisor del contrato verificará durante la ejecución del contrato, que el futuro contratista garantice la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la especialidad ofertada, sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato.

03	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación. **(Diligenciar formulario capacidad operacional y administrativa).**		

04	**HABILITACION.** El oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015. El oferente deberá anexar la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019: en:		

NOMBRE DEL SERVICIO	CÓDIGO DEL SERVICIO
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	107
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	110
HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	129
CARDIOLOGÍA	202
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	361
CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	214
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	202
OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	356
CIRUGÍA VASCULAR	372
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	303
URGENCIAS	1102

	Sujeto a verificación por el comité técnico, el SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio. El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "*Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes*". En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas		
06	**RECURSO APOYO TECNOLÓGICO:** Con el fin de verificar la existencia y condiciones de los equipos, el oferente deberá presentar Certificación firmada por el Representante Legal en la que garantice la existencia, y disponibilidad de los equipos médicos y biomédicos que empleará para la prestación del servicio requerido en el presente proceso contractual; Asimismo, debe presentar soporte de certificado de calibración a los equipos que ameriten, cronograma y certificado de mantenimiento del año en curso y hojas de vida.		
07	**CERTIFICAR OPORTUNIDAD**. El oferente deberá certificar la oportunidad de atención para el servicio ofertado, así: • Programación de consultas especializadas no mayor a Cinco (5) días. • Entrega de resultados de ayudas diagnósticas no mayor a cinco (5) días. • Programación de procedimientos terapéuticos no mayor a quince (15) días. • Servicio de Urgencias máximo treinta (30) minutos después del ingreso del paciente.		
08	**CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE EN LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.** El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"* y la Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo*". **El OFERENTE** deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, ***realizado y descargado del aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de***		

	valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
09	**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias De acuerdo a lo anterior **deberá certificar con firma del representante legal que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente** estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social		
10	**PROGRAMA DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.** El oferente certificara que se compromete a cumplir con el programa de ***GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS*** regulados mediante la presente normatividad: • ***Decreto 2676 del 2000*** *"Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.* • ***Ley 1252 de 2008*** *"Por medio de la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos o desechos peligrosos".* • ***Resolución 1164 del 2002*** *"por la cual se adopta el manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.* • ***Decreto 4147 DE 2005*** *"por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.* • **Decreto 1076 de 2015** *"Por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible"* • **Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019** *"Por la cual se modifica la resolución 668 de 12016 sobre el uso racional de las bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones".* • **Decreto 351 del 19 de febrero de 2024 "***Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.* •		
11	**CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1011 DE 2006.** Los oferentes aportaran certificación firmada por el representante legal donde certifican que cumplen con el **PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO PAMEC** como **"el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud"** que reciben los usuarios.		
12	**ADICIÓN DE SERVICIOS:**		

	En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o Equipo Interdisciplinarios Profesional de la Salud (EIPS), las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato allegará mínimo 2 cotizaciones en el mercado, con el fin de determinar el precio o valor del servicio el cual se utilizará como referencia para la modificación. - Una vez determinado el valor cotizado, el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - Con la aceptación por parte del contratista, el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. **NOTA**: En caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomara esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
14	**INFORMAR EJECUCION DEL CONTRATO**: El contratista deberá presentar de manera regular la ejecución del contrato al Supervisor y al Líder de referencia y contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Cesar, e informar de manera inmediata cuando éste se halla ejecutado en los siguientes porcentajes: • En un cincuenta por ciento (50%) • En un setenta por ciento (70%) • En un noventa por Ciento (90%) Con el fin que se realice adiciones en dinero o informar cuando el plazo de ejecución se esté cumpliendo y aún exista presupuesto contractual, con el fin de realizar la respectiva adición en tiempo. La Regional de Aseguramiento en Salud No.8 no responsabiliza por la sobre ejecución del contrato.		
15	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Cesar, que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato **NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2), los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no son compromisos de la Unidad prestadora de Salud Cesar y estos serán asumidos por el contratista.		
16	El contratista se compromete a permitir durante la ejecución del contrato, auditorias médicas, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo de la documentación solicitada,		

	verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades, así como los programas desarrollados		
17	**IMPACTO AMBIENTAL:** **El futuro proponente deberá debe presentar certificación suscrita por el representante legal** donde manifieste bajo la gravedad de juramento que la entidad a la cual representan cumple con las normas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, asi como con la normatividad vigente en el manejo de desechos sólidos, desechos generados en la atención en salud , vertimientos líquidos de acuerdo a la normatividad establecida para tal efecto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Medio Ambiente . El oferente no debe encontrase en el Registro Único de Infractores Ambientales RUIA (www.anla.gov.co). Y cumplir con los requerimientos de orden legal en materia ambiental de acuerdo a su actividad comercial y tipo de servicio ofrecido, además debe contar con sitio de depósito o acopio para la disposición final de residuos o desechos		
18	**PRESTAR LOS SERVICIOS SIN NINGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN:** El oferente certificara que prestara los servicios objeto del presente contrato sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres		
19	**LINEAMIENTOS DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS:** El futuro proponente deberá certificar que acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
20	**CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:** **El futuro oferente deberá certificar**: que dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. Que sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.		

	De igual forma se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial		
21	**NO EXIGIRÁ COPIA DEL CARNET NI CONSTANCIA PARA LA ATENCIÓN:** El futuro contratista no exigirá copia del carnet ni constancia para la atención siempre y cuando lleve consigo la autorización de referencia y contra referencia de la unidad prestadora de salud cesar.		
22	**EL FUTURO OFERENTE DEBERÁ CERTIFICAR:** Que se compromete a enviar todos los días 30 de cada mes al supervisor del contrato con copia al grupo de redes integrales de la unidad prestadora de salud cesar certificación suscrita por el representante legal donde se vislumbre la ejecución del contrato, por lo tanto, deberá contener: • VALOR EJECUTADO EN EL MES • VALOR TOTAL EJECUTADO • VALOR POR EJECUTAR • PORCENTAJE % DE EJECUCION		
23	**REEMPLAZO DE PROFESIONAL:** El oferente CERTIFICARA por escrito que contara con reemplazo de los profesionales ante cualquier eventualidad (vacaciones, licencias y demás novedades imprevistas con el personal de profesionales; para equipos dañados y/o averiados) sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato, garantizando la continuidad, accesibilidad y oportunidad ofertada.		
24	**POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN** El oferente garantizara que tiene implementado dentro de su IPS la política de trato humanizado para los pacientes, lo cual es fundamental en la interacción entre pacientes y el personal sector salud, de tal manera que se respete el goce efectivo del derecho a la salud, la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas		
25	**MUERTE DIGNA** La eutanasia como como una forma de garantizar el derecho a morir dignamente incluyendo sus cuidados paliativos y la adecuación del esfuerzo terapéutico, El oferente deberá certificar con firma del representante legal que su entidad contarán en caso de ser requerido con los Comités Científicos interdisciplinarios, cuya función principal será la de garantizar el derecho a la muerte digna de los pacientes en fase terminal que soliciten el amparo de este derecho, y que el mismo se materialice con la aplicación del procedimiento de muerte anticipada, cumpliendo con lo establecido en la Constitución Política, resolución 791 de 2021 *por la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente mediante la eutanasia, la* **Resolución 1216 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Resolución 1051 de 2022.**		
26	Teniendo en cuenta que los proponentes al momento de presentar sus ofertas muchas de las veces relacionan los Números de Celular y/o fijos privados causando traumatismos para nuestros usuarios al momento de solicitar citas o programación de procedimientos, se requiere que el futuro proponente certifique lo siguiente:		

	1. Nombre de Persona o funcionario de enlace entre nuestra entidad y el futuro contratante relacionado un abonado telefónico para sea ubicable ante cualquier requerimiento por parte del supervisor del contrato. 2. Dirección exacta de la sede donde nuestros usuarios se realizarán los estudios y procedimientos. 3. Numero de Celular y Fijo donde Nuestros usuarios podrán llamar para apartar o programar sus citas u exámenes		

ANEXO No. 2.

FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN

Todas las ofertas presentadas en el presente proceso de contratación serán verificadas por los evaluadores designados por la Regional de aseguramiento en Salud No. 8, para tal efecto, aplicando los mismos criterios para todas ellas, procurando con ello una selección objetiva que le permita asegurar la escogencia del ofrecimiento más favorable para la Entidad y la realización de los fines que se buscan con la contratación, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de contratación, se determinará la oferta más favorable, ponderando los siguientes factores

FACTOR	PUNTAJE
Evaluaciones técnicas	395
Evaluación económica	500
apoyo a la industria nacional	100
Emprendimientos y empresas de mujeres	2.5
Mipyme domiciliada en Colombia	2.5
Total	1000

Las propuestas serán evaluadas técnicamente teniendo en cuenta los factores indicados a continuación sobre una asignación total de **400 puntos**.

Se verificará el cumplimiento de las condiciones técnicas **ADICIONALES** en cuanto al ofrecimiento de servicios de salud y/o profesionales requeridas que presente el oferente según lo requerido, así:

- **BENÉFICOS ADICIONALES (holter)**

Se otorgará el puntaje de **100 PUNTOS** al oferente que acredite mediante carta de compromiso firmado por el representante legal de la entidad, donde se compromete a obsequiar a la Regional de Aseguramiento en salud No.8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, dos (02) Holter mensuales durante la ejecución del contrato, dirigidos usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar, durante el tiempo establecido para la ejecución del contrato sin costo alguno.

CRITERIO	OFERTA	PUNTAJE	MARCAR
El oferente que oferte dos (02) Holter mensuales durante la ejecución del contrato dirigidos usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar, durante el tiempo establecido para la ejecución del contrato sin costo alguno. (***El oferente deberá anexar junto con su propuesta carta de compromiso firmado por el representante legal de la entidad***)	SI	**100 puntos**	
	NO	**0 puntos**	

- **BENÉFICOS ADICIONALES (Ecocardiograma)**

Se otorgará el puntaje de **100 PUNTOS** al oferente que acredite mediante carta de compromiso firmado por el representante legal de la entidad, donde se compromete a obsequiar a la Regional de Aseguramiento en salud No.8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, un (01) Ecocardiogramas mensual durante la ejecución del contrato, dirigidos a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar, durante el tiempo establecido para la ejecución del contrato sin costo alguno.

CRITERIO	OFERTA	PUNTAJE	MARCAR
El oferente que oferte un (01) Ecocardiogramas mensual durante la ejecución del contrato, dirigidos usuarios y beneficiarios de la Policía	SI	**100 puntos**	

Nacional en la ciudad de Valledupar, durante el tiempo establecido para la ejecución del contrato sin costo alguno. (***El oferente deberá anexar junto con su propuesta carta de compromiso firmado por el representante legal de la entidad***)	NO	**0 puntos**	

- ***OPORTUNIDAD PARA PROGRAMACION QUIRURGICA***

Se otorgará **100 PUNTOS** al oferente que certifique ***OPORTUNIDAD PARA PROGRAMACION QUIRURGICA AMBULATORIA*** – *para* la atención de los usuarios de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar.

	TIEMPO	PUNTAJE	MARCAR
OPORTUNIDAD PARA PROGRAMACION QUIRURGICA AMBULATORIA	Menor de 20 días	100 PUNTOS	
	Entre 21 y 30 días	50 PUNTOS	
	Más de 30 días	0 PUNTOS	

- **ATENCION PRIORITARIA POR ESPECIALISTA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

Se otorgará el puntaje de **95 PUNTOS** al oferente que acredite mediante carta de compromiso firmado por el representante legal de la entidad ofertante, atención por consulta externa prioritaria por especialista cirugía cardiovascular en un tiempo comprendido entre 24 a 48 horas, para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar.

CRITERIO	OFERTA	PUNTAJE	MARCAR
El oferente que acredite mediante carta de compromiso firmado por el representante legal de la entidad ofertante, atención por consulta externa prioritaria por especialista cirugía cardiovascular en un tiempo comprendido entre 24 a 48 horas, para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar. (***El oferente deberá anexar junto con su propuesta carta de compromiso firmado por el representante legal de la entidad***)	SI	**95 puntos**	
	NO	**0 puntos**	

- **PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL - VERIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE PUNTAJE REALIZADA POR EL COMITÉ TÉCNICO 100 PUNTOS**

OFRECE	
SI	**NO**

El oferente marcara solamente una de las opciones que desee ofertar, al indicar que si deberá anexar con la oferta la documentación que acredite dicho puntaje

Para la verificación, evaluación y asignación del puntaje de que trata este numeral, el proponente deberá diligenciar y suscribir el **formulario APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL** "*PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL-INCENTIVOS EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA*", teniendo en cuenta sus notas descritas el cual se entenderá presentado bajo la gravedad de juramento.

De conformidad con el artículo 2.2.1.2.4.2.1 del Decreto 1082 de 2015, artículo 51 del Decreto 019 de 2012, parágrafo del artículo 1 de la Ley 816 de 2003, se dará un incentivo a la contratación pública para los bienes, servicios y oferentes nacionales o aquellos considerados nacionales con la ocasión de la existencia de un trato nacional, por lo tanto, la Entidad ha determinado la siguiente asignación de puntaje para las propuestas que se presenten en el desarrollo del proceso contractual.

g) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios 100% nacionales, obtendrán (100) puntos.
h) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios nacionales superiores al 50% de los recursos y menor al 100% de estos, obtendrán (80) puntos.
i) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios de origen nacional, inferior al 50% de los recursos, obtendrá (70) puntos.
j) Las ofertas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios 100% nacionales obtendrán (50) puntos.
k) Las propuestas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios nacionales, superiores al 50% de los recursos y menor al 100% de estos obtendrán (20) puntos.
l) Las propuestas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios nacionales de origen nacional inferior al 50% de los recursos, obtendrán (10) puntos.

En caso de presentarse propuestas conjuntas conformadas por proponentes nacionales y extranjeros, se aplicarán los literales A, B y C, cuando la propuesta conjunta contenga un porcentaje igual o superior al 50% de participación del proponente nacional o nacionales y los literales D, E y F, cuando la propuesta conjunta contenga un porcentaje menor al 50% de participación del proponente nacional o nacionales.

El artículo 51 del Decreto 019 de 2012 que modifica el parágrafo del artículo 1 de la Ley 816 de 2003, establece que se otorgará tratamiento de bienes y servicios nacionales a aquellos bienes y servicios originarios de los países con los que Colombia ha negociado trato nacional en materia de compras estatales y de aquellos países en los cuales a las ofertas de bienes y servicios colombianos se les concederá el mismo tratamiento otorgado a sus bienes y servicios nacionales. La acreditación demostración de tal circunstancia se hará en los términos que señale el reglamento.

Son servicios de origen nacional aquellos presentados por empresas constituidas de acuerdo con la legislación nacional, por personas naturales colombianos o por residentes en Colombia.

- **PUNTAJE POR EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES - VERIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE PUNTAJE REALIZADA POR EL COMITÉ TÉCNICO 2.5 PUNTOS**

El oferente marcara solamente una de las opciones que desee ofertar:

OFRECE	
SI	**NO**

De indicar que SI, el ofrece deberá allegar con la oferta la documentación que acredite esta condición técnica.
La Entidad asignará un puntaje de dos puntos cinco **2.5 PUNTOS** al Proponente que acredite la calidad de emprendimientos y empresas de mujeres con domicilio en el territorio nacional de conformidad con la previsto en el artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015 "...las Entidades también otorgarán un puntaje adicional de hasta el cero punto veinticinco por ciento (0.25%) del valor total de los puntos establecidos en los pliegos de condiciones o documentos equivalentes, a los proponentes que acrediten alguno de los supuestos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del presente Decreto."

ITEM Descripción Puntaje

PARTICIPACIÓN DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS 2.5

Definición de emprendimientos y empresas de mujeres, se entenderán como emprendimientos y empresas de mujeres aquellas que cumplan con alguna de las siguientes condiciones:

1. Cuando más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenezcan a mujeres y los derechos de propiedad hayan pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista

de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde conste la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación.

2. Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel

   Se entenderá como empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, serán cargos de nivel directivo los que dentro de la organización de la empresa se encuentran ubicados en un nivel de mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador.

   Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde se señale de manera detallada todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación.

   La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte, se anexará copia de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador.

3. Cuando la persona natural sea una mujer y haya ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. Esta circunstancia se acreditará mediante la copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil.

4. Para las asociaciones y cooperativas, cuando más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados sean mujeres y la participación haya correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal

   Parágrafo. Respecto a los incentivos contractuales para los emprendimientos y empresas de mujeres, las certificaciones de trata el presente artículo deben expedirse bajo la gravedad de juramento con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección.

   Para que el Proponente obtenga este puntaje deberá diligenciar el Formulario FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN el cual será publicado en la sección documentos del proceso en la plataforma SECOP II, donde manifieste bajo la gravedad de juramento que el personal ofrecido y su compromiso de vincular a dichas personas en caso de resultar adjudicatario del proceso y aportar la documentación requerida.

   NOTA: Si el Proponente debió subsanar la entrega de dicho formato y/o los documentos exigidos para probar esta condición será válido para el criterio diferencial en cuanto al requisito habilitante relacionado con el número de contratos aportados para demostrar la experiencia solicitada. Sin embargo, no se tendrán en cuenta para la asignación de puntaje, por lo que obtendrá cero (0) puntos por este criterio de evaluación.

   Tratándose de Proponentes Plurales este puntaje se otorgará si por lo menos uno de los integrantes acredita la calidad de emprendimientos y empresas de mujeres y tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10%) en el Consorcio o en la Unión Temporal.

LA ASIGNACIÓN DE ESTE PUNTAJE NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DEL PUNTAJE PARA MIPYMES.

El oferente deberá diligenciar el Anexo FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN, según corresponda a su ofrecimiento.

- **MIPYME DOMICILIADA EN COLOMBIA - VERIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE PUNTAJE REALIZADA POR EL COMITÉ TÉCNICO 2.5 PUNTOS**

El oferente marcara solamente una de las opciones que desee ofertar:

OFRECE	
SI	**NO**

Si el oferente indica SI, deberá allegar con la oferta la documentación que acredite esta condición técnica.

La Entidad otorgará un puntaje de dos puntos cinco **(2.5) puntos** al Proponente que acredite la calidad de Mipyme domiciliada en Colombia de conformidad con el artículo 2.2.1.2.4.2.4 del Decreto 1082 de 2015, en concordancia con el parágrafo del artículo 2.2.1.13.2.4 del Decreto 1074 de 2015, o la norma que lo modifique, complemente o sustituya.

Así las cosas, para obtener el puntaje, el Proponente entregará copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación. Si el Proponente debió subsanar la entrega del RUP, éste será válido para los criterios diferenciales en cuanto a los requisitos habilitantes relacionados con el número de contratos aportados para demostrar la experiencia solicitada y los índices de la Capacidad Financiera y Organizacional. Sin embargo, el certificado no se tendrá en cuenta para la asignación del puntaje adicional, por lo que obtendrá cero (0) puntos por este factor de evaluación.

Tratándose de Proponentes Plurales este puntaje se otorgará si por lo menos uno de los integrantes acredita la calidad de Mipyme y tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10 %) en el Consorcio o en la Unión Temporal.

ANEXO No. 3

OBLIGACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS 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. El futuro contratista se obliga a cancelar con cargo a sus propios recursos el valor correspondiente al impuesto de ***Timbre Nacional***, que se genere con ocasión de la celebración y solemnización del presente contrato de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 624 de 1989 adoptado por el DECRETO 175 del 14 de febrero de 2025 *por el cual se adoptan medidas tributarias destinadas a atender los gastos del Presupuesto General de la Nación necesarios para hacer frente al estado de conmoción interior decretado en la región del Catatumbo, el área metropolitana de Cúcuta y los municipios de Río de Oro y González del departamento del Cesar.*

   El pago del impuesto de timbre será de su exclusiva responsabilidad, sin que la parte contratante tenga que asumir suma alguna por este concepto, motivo por el cual el CONTRATISTA deberá acreditar ante la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.8 el cumplimiento de dicha obligación (certificación del pago) dentro del término establecido para la expedición de las pólizas de cumplimiento, so pena de incurrir en incumplimiento contractual.

4. Responder en los plazos que **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.

5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual de **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.

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

7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el **CONTRATISTA** deberá Informar de tal evento a **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

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

9. Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda

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

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

12. 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.

13. Restituir a **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** 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.

14. **CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA** deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.
15. 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.
16. El contratista se obliga a reportar dentro de los cinco días a su ocurrencia eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso.

17. El contratista al que le sea adjudicado el contrato objeto del presente proceso, deberá cargar las facturas correspondientes al pago del servicio y/o bien contratado en la plataforma del secop II, durante la ejecución del contrato, esta obligación será objeto de verificación por parte del supervisor asignado.

OBLIGACIONES ESPECIALES

- Contar con instalaciones adecuadas para la prestación del servicio de acuerdo al decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la Resoluciones 1043 de 2006 y 1441 de 2013, (listado de condiciones mínimas de habilitación para la prestación de servicios de salud).

- Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y protección social, y las normas generales vigentes.

- Brindar la atención a los pacientes, con la mejor calidad de atención posible mediante la aplicación de conocimientos profesionales, selección del cuerpo médico asociado y experiencia con la tecnología disponible.

- El CONTRATISTA, debe prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la autorización por parte de la oficina de referencia y contra referencia, en la noche, fin de semana y festivos. La autorización debe contener la información del paciente, fotocopia del documento de identidad de quien reciba la atención.

- Prestar en forma continua y permanente los servicios a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten.

- Tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

- El Contratista deberá designar un funcionario para que, en conjunto con el supervisor del contrato y el auditor médico del Contratante, den solución a los posibles inconvenientes que puedan presentarse durante el desarrollo y ejecución del contrato.

- Garantizar la prestación del servicio con equipos, materiales, insumos y/o elementos adecuados para la atención oportuna de los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- Aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de los pacientes.
- Garantizar la accesibilidad y oportunidad para la asignación de citas y atención a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- Designar una persona encargada de la Coordinación y una línea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones; en general para la atención de los usuarios y beneficiarios que requieran el servicio y para mantener contacto con la central de referencia de la Unidad Prestadora De Salud del Departamento de Policía Cesar
- Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Regional De Aseguramiento En Salud No. 8 en su Unidad Prestadora De Salud Cesar.
- Aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico de la Unidad Prestadora de Salud Cesar, en lo referente a: requerimientos de habilitación, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios y beneficiarios, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado, estadísticas, soportes y demás documentos que se requieran.
- Asumir el pago de: Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones de carácter laboral del personal que utilice para la ejecución del objeto del Contrato, así como los impuestos, gravámenes y/o gastos de cualquier género que se deriven de la ejecución del contrato.
- El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 (RASES)**, como son:

1. **Accesibilidad:** Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios.
2. **Oportunidad:** Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención.
3. **Continuidad:** Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida.
4. **Seguridad:** Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido.
5. **Pertinencia:** Cumplimiento de los Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada.

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** 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. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.
10. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

ANEXO No. 5

MINUTA DEL CONTRATO
(SOLO EJEMPLO)

CONTRATO DE OBRA PN DIRAF. _____ CELEBRADO ENTRE LA POLICÍA NACIONAL Y _____ CUYO OBJETO ES_____

Entre los suscritos, de una parte la **POLICÍA NACIONAL**, quien actúa a través de su representante legal o su delegado, quien en adelante se denominará la **POLICÍA**, y por la otra, el **CONTRATISTA**, debidamente identificados como aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", hemos convenido celebrar el presente contrato, previos los siguientes considerandos: **a)** Que se elaboraron los estudios previos de conformidad con lo señalado en el Decreto 1082 de 2015**. b)** Que al momento de la apertura del proceso de selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso. **c)** Que el presente contrato se deriva de un proceso de contratación realizado por la modalidad de **(1)** Selección Abreviada de Menor Cuantía en cumplimiento al Decreto 1082 de 2015. **d)** Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015), es procedente la celebración del mismo, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: ***PRIMERA*. OBJETO:** El objeto del presente contrato es el señalado en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SEGUNDA. FINALIDADES DEL CONTRATO:** El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación del servicio propio de la Policía Nacional, en consecuencia, **el CONTRATISTA** se compromete para con la **POLICÍA** a entregar la interventoría para suplir las necesidades definidas en los estudios previos. En tal sentido, queda claro que todas las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, derivadas del presente contrato, así como de la naturaleza de su objeto y las finalidades por él previstas, son obligaciones de resultado. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato, especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes. **TERCERA.-VALOR:** Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma descrita en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO:** Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente dentro de este precio están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el CONTRATISTA pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias. ***CUARTA. FORMA DE PAGO:*** **LA POLICÍA** pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO PRIMERO - ANTICIPO:** El pago del anticipo que se efectúe en el presente contrato, se hará dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la aprobación de la garantía única, una vez presentados los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera, de acuerdo al derecho a turno y a la programación del Plan Anual de Caja (PAC). **PAGOS PARCIALES:** Los pagos parciales que se efectúen en el presente contrato, se harán dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la constancia de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita por el supervisor del contrato y acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados al Grupo Contractual y Seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera, donde, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 Derecho a Turno se le asignará el respectivo turno de pago. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago a más tardar el día veinticuatro (24) del mes en el cual se venció el plazo de ejecución, o del mes siguiente si el plazo es posterior al día 24, los pagos contra entrega se realizarán dentro de los noventa (90) días calendario siguientes. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC. **PARÁGRAFO SEGUNDO - CUENTA PARA PAGOS:** Los pagos previstos en esta cláusula se acreditarán a la cuenta que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.**QUINTA - APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato está amparado por el certificado de disponibilidad presupuestal que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL

CONTRATO". Una vez suscrito el mismo se efectuará el correspondiente registro presupuestal. **SEXTA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del contrato es el señalado en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SÉPTIMA - VIGENCIA:** La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". ***OCTAVA* - LUGAR DE EJECUCIÓN DE LA CONSULTORÍA:** El sitio en el cual se prestará el servicio objeto del presente contrato será el que aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **NOVENA - DERECHOS DEL CONTRATISTA:** En general, son derechos del **CONTRATISTA**: **1.)** Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. **2.)** Tener acceso a los elementos físicos necesarios para desarrollar el objeto del contrato, en caso que los mismos sean necesarios, y cumplir con sus obligaciones. **3.)** Obtener la colaboración necesaria de la POLICÍA para el adecuado desarrollo del contrato. **DÉCIMA - OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:** En general, son obligaciones del **CONTRATISTA: De acuerdo con lo establecido para el presente proceso DECIMA PRIMERA - DERECHOS DE LA POLICÍA NACIONAL. 1.)** Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del **CONTRATISTA**. **2.)** Solicitar y recibir información técnica respecto de los bienes y/o servicios entregados del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del presente contrato. **3.)** Rechazar los elementos proveídos cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **DECIMA SEGUNDA - OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL: De acuerdo con lo establecido para el presente proceso DÉCIMA TERCERA - RESERVA DEL PRESENTE CONTRATO:** El CONTRATISTA se obliga para con la POLICÍA NACIONAL a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación reservada, todos los aspectos que conozca en el cumplimiento del presente contrato, así como los asuntos técnicos e instalaciones de la POLICÍA NACIONAL, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el CONTRATISTA, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. **DÉCIMA CUARTA – MECANISMO DE COBERTURA DEL RIESGO A CARGO DEL CONTRATISTA** Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción y registro del contrato y la entrega de la copia firmada del mismo al **CONTRATISTA,** éste deberá constituir y presentar a favor de la **POLICÍA**, uno cualquiera de los mecanismos de cobertura de riesgo establecidos en el Decreto 1082 de 2015, que cubra los siguientes riesgos: **De acuerdo con lo establecido para el presente proceso DECIMA QUINTA.- IMDEMNIDAD:** El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. **DECIMA SEXTA- SANCIONES: De acuerdo con lo establecido para el presente proceso PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, hacer efectiva la garantía en caso de existir, o acudir a la jurisdicción coactiva. **DECIMA SÉPTIMA OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES:** En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993, debidamente establecidas y documentadas, la **POLICÍA** podrá hacer uso de las facultades excepcionales allí previstas, en caso que las mismas resulten aplicables. **DÉCIMA OCTAVA- MONEDA DEL CONTRATO.-** La moneda del presente contrato es la indicada en el anexo No.1 **DATOS DEL CONTRATO. DECIMA NOVENA - CESIONES Y SUBCONTRATOS: El CONTRATISTA** no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita de la **POLICÍA**, pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. La celebración de subcontratos no relevará al **CONTRATISTA** de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. La **POLICÍA** no adquirirá relación alguna con los Subcontratistas. **VIGÉSIMA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la Ley. **VIGÉSIMA PRIMERA - SUSPENSIÓN TEMPORAL:** Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal se suscribirá una acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se consideren necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computara para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio. **VIGÉSIMA SEGUNDA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato, sugieren

diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en el artículo 68 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA TERCERA – PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:** Para el perfeccionamiento del contrato se requiere de la firma de las partes, para la legalización el registro presupuestal por parte de la POLICÍA y para la ejecución, la presentación por parte del Contratista de la Garantía Única, para la aprobación por parte de la POLICÍA NACIONAL según Decreto 1082 de 2015, Artículo 2.2.1.1.2.3.1. **VIGÉSIMA CUARTA - DOCUMENTOS:** Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **1.)** Pliego de condiciones y Propuesta del contratista en aquellas partes aceptadas por la **POLICÍA**. **2.)** Anexos del contrato. **3.)** Documentos que suscriban las partes. **VIGÉSIMA QUINTA- IMPUESTOS: El CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana. **VIGÉSIMA SEXTA - LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y 11 de la Ley 1150 de 2007. **VIGÉSIMA SEPTIMA - VEEDURÍAS CIUDADANAS:** el presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA OCTAVA - RÉGIMEN LEGAL:** Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus Decretos reglamentarios, las Leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen. **VIGÉSIMA NOVENA- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:** En virtud del presente contrato, el **CONTRATISTA** se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato; así como sobre los lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de su desarrollo. **TRIGÉSIMA - DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual el Distrito Capital de Bogotá, para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en Bogotá, D.C., a los

LA POLICÍA NACIONAL

GRADO Y NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO
Cargo del Ordenador del Gasto

CONTRATISTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA

ANEXO No. 5.1

"DATOS DEL CONTRATO"

(HACE PARTE DE LA MINUTA DEL CONTRATO)

CONTRATO	**No.**
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	**NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	Del ordenador del gasto
CARGO	Cargo del ordenador del gasto
DISPOSICION DE NOMBRAMIENTO	Del ordenador del gasto.
CONTRATISTA	**NOMBRE:** De la firma contratista **NIT:** **REPRESENTANTE LEGAL:** Nombre del representante legal **DOC. IDENTIDAD**: C.C. del representante legal **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** Bogotá D.C. **DIRECCIÓN:** De notificación de la firma contratista **TELÉFONO:** **FAX:** **E-MAIL:**
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del PROCESO (SE INDICA EL TIPO DE PROCESO Y EL NÚMERO DEL MISMO).
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será (se señala el cargo del supervisor), o quien haga sus veces, o quien con posterioridad designe la DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Unidad Ejecutora). (O el ordenador del gasto en cada caso).
CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO	El objeto del presente contrato es: (se indica el objeto del contrato) ITEM | RECURSO | UNIDAD | Se han de discriminar cada recurso comprometido |
CLAUSULA TERCERA.- VALOR	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende a la suma de (INDICAR EL VALOR EN LETRAS) ($INDICAR EL VALOR EN NÚMEROS) MONEDA LEGAL, incluido IVA. (O SEÑALAR SI NO INCLUYE IVA). ITEM | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL
CLAUSULA CUARTA.- FORMA DE PAGO	El pago del presente contrato se efectuará (SEÑALAR LA FORMA DE PAGO A EMPLEAR). Los pagos se harán a la siguiente cuenta: **NOMBRE BENEFICIARIO:** Firma contratista, en caso de ser un consorcio o unión temporal debe estar a nombre de la misma. **BANCO**: **TIPO DE CUENTA:** Corriente y/o ahorros, especificar. **NUMERO DE CUENTA:** **OFICINA:**

CLAUSULA QUINTA- APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	SE DEBE SEÑALAR EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN Y EL OFICIO DE APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS EN CASO QUE APLIQUE
CLAUSULA SEXTA.- PLAZO DE EJECUCIÓN	Se señala el plazo de ejecución, el cual cuenta a partir de la aprobación de la garantía única en caso que esta aplique o desde el registro presupuestal en caso que no se haya pactado.
CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE EJECUCIÓN	Se indica el sitio
CLAUSULA DECIMA NOVENA- MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos

LA POLICÍA NACIONAL

GRADO Y NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO
Cargo del Ordenador del Gasto

CONTRATISTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA
Calidad en que Actúa

ANEXO No. 6

OFERTA ECONOMICA

El oferente deberá diligenciar y presentar con la oferta **ESTE FORMATO,** el cual debe estar debidamente firmado por el representante legal y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del SECOP II, es decir antes del cierre de la oferta.

➢ **PRIMER ÍTEM:**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO (ÍTEM 1 al 932 del anexo precio techo)
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.	_____%

NOTA 1: ***El oferente interesado debe realizar un solo porcentaje de descuento el cual será aplicado a todos los ítems del ANEXO PRECIO TECHO.***

NOTA 2: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

NOTA 3: Si el oferente no indica ningún valor como porcentaje de descuento, esta se entenderá como 0%.

- **SEGUNDO ITEM**

CIRCULAR 018-019 DE 2024	PORCENTAJE DE INTERMEDIACION A OFRECER
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) menor o igual a $1.150.000 ***El oferente podrá ofrecer un único porcentaje de intermediación que oscile entre el 0% y el 7% de acuerdo al puntaje que desea obtener.***	_____%

- **TERCER ITEM**

CIRCULAR 018-019 DE 2024	PORCENTAJE DE INTERMEDIACION A OFRECER
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) con un valor mayor a $1.150.000, el oferente puede ofertar el siguiente porcentaje de intermediación para los medicamentos. ***El oferente podrá ofrecer un único porcentaje de intermediación que oscile entre el 0% y el 3,5% de acuerdo al puntaje que desea obtener.***	_____%

- **CUARTO ITEM**

FACTOR DE COMPARACION DE LAS PROPUESTAS	PORCENTAJE DE INTERMEDIACION A OFRECER
MEDICAMENTOS NO REGULADOS ***El oferente deberá ofrecer un único porcentaje de intermediación que oscile entre el 0% y el 12% de acuerdo al puntaje que desea obtener.*** **NOTA: El porcentaje ofertado será aplicado al precio de compra cuando se presente la facturación.**	_____%

- **QUINTO ITEM**

FACTOR DE COMPARACION DE LAS PROPUESTAS	PORCENTAJE DE INTERMEDIACION A OFRECER
Porcentaje de intermediación INSUMOS MEDICOS ***El oferente deberá ofrecer un único porcentaje de intermediación que oscile entre el 0% y el 12%.*** **NOTA: El porcentaje ofertado será aplicado al precio de compra cuando se presente la facturación.**	_____%

NOTA: El oferente que supere el porcentaje % de intermediación establecido en los ítems segundo, tercero, cuarto y quinto de la oferta económica (medicamentos regulados, medicamentos no regulados, e insumos medico quirúrgicos), se entenderá como NO OFRECIDO dicho ítem.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ANEXO Nº. 7

PRECIO TECHO

No.	ITEM	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO
		CONSULTA EXTERNA	
1	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$ 101.329
2	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$ 101.329
3	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	$ 111.467
4	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	$ 123.045
5	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	$ 103.766
6	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	$ 105.530
7	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	$ 104.371
8	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	$ 102.111
9	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	$ 103.766
10	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	$ 111.492
		METODO DIAGNOSTICO NO INVASIVO	
11	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	$ 45.098
12	894102	PRUEBA ERGOMÉTRICA O TEST DE EJERCICIO	$ 280.336
13	881202	ECOCARDIOGRAMA MODO M, BIDIMENSIONAL Y DOPPLER COLOR	$ 585.715
14	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO CON CONTRASTE	$ 642.995
15	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	$ 763.628
16	881206	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO CON CONTRASTE	$ 868.555
17	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FARMACOLÓGICO	$ 1.270.881
18	895001	ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA DE 24 HORAS (HOLTER)	$ 440.133
19	895004	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL POR 24 HORAS, EN PACIENTE AMBULATORIO	$ 433.755
20	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 368.721
21	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 403.909
22	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 335.760
23	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 408.018
24	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 342.555
25	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	$ 324.484
26	882212	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE AORTA ABDOMINAL A COLOR	$ 412.575
27	882222	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE ARTERIAS RENALES A COLOR	$ 272.439
28	882232	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE ARTERIAS MESENTERICAS A COLOR	$ 412.575
29	882242	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE TRONCO CELIACO A COLOR	$ 330.100
30	882252	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VENA CAVA A COLOR	$ 412.575
31	882262	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE ARTERIAS ILIACAS A COLOR	$ 412.575
32	882272	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS DEL PENE	$ 440.100
33	882282	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS ESCROTALES	$ 440.100
34	882292	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 440.100
35	882294	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS	$ 330.100
36	882296	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL	$ 357.600
37	882298	DOPPLER OBSTETRICO CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	$ 161.100
38	882840	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] COMO GUIA EN COLOCACION DE CATETERES	$ 385.100
39	951321	DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS OCULARES (ARTERIA Y VENA CENTRAL DE RETINA, ARTERIA OFTALMICA Y VASOS CILIARES) A COLOR	$ 412.575
40	882390	MEDICION DE PRESIONES SEGMENTARIAS E INDICES ARTERIALES CON DOPPLER	$ 302.722
41	881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	$ 885.437
42	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	$ 589.761
		URGENCIAS	
43	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 57.966
44	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 63.966
45	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	$ 105.910
		REHABILITACIÓN CARDÍACA	
46	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	$ 62.050
		ANESTESIA	
47	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 351.456
48	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 351.456
		JUNTA MEDICA	
49	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	$ 165.600
		ESTANCIA	
50	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 320.820
51	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 703.462
52	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 1.350.281

		INTERCONSULTAS	
53	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	$ 133.428
54	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$ 133.428
55	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	$ 133.428
56	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	$ 133.428
57	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	$ 181.936
		SERVICIOS DE TOMOGRAFIA	
58	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	$ 336.991
59	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	$ 599.925
60	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 687.000
61	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO	$ 441.200
62	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	$ 661.009
63	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 644.625
64	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS	$ 509.025
65	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 461.609
66	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 494.175
67	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$ 687.400
68	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 363.642
69	879901	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS (SCORE DE CALCIO)	$ 792.426
70	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$ 2.266.480
71	879302	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORAZON Y GRANDES VASOS	$ 3.352.490
		ECOGRAFIAS	
72	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	$ 110.100
73	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 113.300
74	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 113.300
75	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 118.800
76	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 137.100
77	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 83.753
78	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	$ 132.525
79	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 229.200
80	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA	$ 203.200
		CIRUGIA	
81	378701	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO VÍA ABIERTA	$ 3.456.007
82	385601	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MÁS (SELECTIVAS)	$ 2.625.380
83	392601	DERIVACIÓN O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)	$ 3.553.705
84	351101	VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA	$ 6.287.496
85	351201	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA	$ 6.615.953
86	351301	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA	$ 6.287.496
87	351401	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA	$ 6.515.847
88	352101	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA ABIERTA	$ 6.025.909
89	352201	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA ABIERTA	$ 5.853.332
90	352301	REEMPLAZO DE LA VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA	$ 6.978.285
91	352801	EXCLUSION DE VALVULA AORTICA VIA ABIERTA	$ 5.716.694
92	352802	EXCLUSION DE VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA	$ 5.716.694
93	352901	ESCISION DE LA VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA	$ 5.716.694
94	355104	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VÍA ABIERTA	$ 5.716.694
95	359501	REINTERVENCION POR SANGRADO, DESPUES DE CIRUGIA CARDIACA	$ 5.716.694
96	361601	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	$ 5.762.433
97	361603	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA	$ 5.762.433
98	361605	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA	$ 5.491.261
99	361607	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
100	361609	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA	$ 5.762.433
101	361611	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA	$ 5.762.433
102	361613	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
103	361615	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA	$ 5.762.433
104	361617	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
105	361619	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
106	361621	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA	$ 5.339.031
107	361623	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA	$ 5.762.433
108	361801	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA	$ 5.339.031
109	361803	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA	$ 5.762.433
110	361805	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	$ 5.762.433
111	361807	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
112	361809	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA	$ 5.762.433
113	361811	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA	$ 5.762.433

114	361813	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
115	361815	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
116	361817	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
117	361819	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
118	361821	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA	$ 5.762.433
119	361823	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA	$ 5.762.433
120	361901	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA	$ 5.339.031
121	361903	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA	$ 5.762.433
122	361905	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
123	361907	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
124	361909	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA	$ 5.762.433
125	361911	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA	$ 5.762.433
126	361913	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
127	361915	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
128	361917	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
129	361919	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VIA ABIERTA	$ 5.762.433
130	361921	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA	$ 5.339.031
131	361923	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	$ 5.762.433
132	363201	REINTERVENCION DE REVASCULARIZACION CARDIACA (DERIVACION O PUENTES CORONARIOS) VIA ABIERTA	$ 6.426.062
133	373305	ESCISION DE TUMOR DEL CORAZON VIA ABIERTA	$ 6.052.746
134	373600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO SOD	$ 6.287.496
135	385107	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA	$ 6.377.311
136	385108	PINZAMIENTO DE ANEURISMA INTRACRANEAL SUPRATENTORIAL	$ 6.724.826
137	385602	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 1.352.500
138	385801	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	$ 1.664.600
139	385802	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	$ 1.096.214
140	385906	LIGADURA DE PERFORANTES	$ 1.663.300
141	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	$ 1.342.346
142	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	$ 1.401.746
143	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	$ 1.461.133
144	385109	PINZAMIENTO DE ANEURISMA INTRACRANEAL INFRATENTORIAL	$ 6.724.826
		OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS NO QUIRURGICOS	
145	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	$ 26.520
146	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	$ 21.400
147	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	$ 24.866
148	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$ 24.866
149	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 27.259
150	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 27.259
151	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 50.147
152	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 88.475
153	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 65.359
154	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 50.147
155	912012	TRANSFUSION AUTOLOGA POR OBTENCION MECANICA INTRAOPERATORIA	$ 174.237
156	389002	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)	$ 135.444
157	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	$ 47.981
158	890606	MANEJO DIARIO NUTRICIONAL ENTERAL O PARENTERAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO	$ 23.800
159	869501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	$ 49.700
160	992990	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	$ 322.952
161	970201	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA	$ 144.000
162	970101	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	$ 144.000
		HEMODERIVADOS	
163	911105	CRIOPRECIPITADOS	$ 95.435
164	911106	GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	$ 471.730
165	911107	GLOBULOS ROJOS LEUCOREDUCIDO	$ 623.783
166	911110	GLOBULOS ROJOS LAVADOS	$ 726.029
167	911111	PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 114.242
168	911115	PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS	$ 121.535
169	911116	GLOBULOS POBRES EN LEUCOCITOS	$ 479.577
170	911201	PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS POR AFERESIS	$ 3.032.493
171	911027	ADSORCION (ABSORCION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS FISICOS	$ 100.100
172	911028	ADSORCION (ABSORCION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS	$ 100.100
173	911029	ELUCION (DISOCIACION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS FISICOS	$ 252.720
174	911030	ELUCION (DISOCIACION) O MODIFICACION DE MEMBRANA ERITROCITARIA AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS	$ 46.900
175	389901	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SERVICIO INTRAHOSPITALARIO	$ 90.000
176	911003	RASTREO EN ANTICUERPOS IRREGULARES EN PACIENTES	$ 82.151
177	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA	$ 214.825
178	911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	$ 103.945

179	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTECNICA	$ 43.878
180	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO	$ 550.368
181	911012	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTIGENO	$ 550.368
182	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTECNICA	$ 7.900
183	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$ 12.500
184	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	$ 30.000
		HEMODINAMIA	
185	372301	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN CON ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO	$ 2.337.865
186	373406	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.112.189
187	372801	MAPEO ELECTROANATOMICO CONVENCIONAL	$ 2.397.570
188	378102	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 723.416
189	378201	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS UNICAMERAL	$ 2.033.253
190	378301	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERAL	$ 2.134.166
191	378901	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO	$ 1.867.613
192	378902	EXPLANTE O ELIMINACION DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR	$ 1.772.752
193	378501	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOS	$ 168.179
194	378502	REVISION (REPROGRAMACION) DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	$ 177.977
195	378503	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)	$ 174.159
196	378504	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR)	$ 174.159
197	378505	REVISION (REPROGRAMACION) DE MONITOR DE EVENTOS	$ 196.141
198	996101	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA	$ 380.597
199	996102	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO	$ 334.456
200	395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALON, PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 1.766.339
201	395080	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALON	$ 1.598.519
202	360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS	$ 1.695.608
203	360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	$ 1.778.874
204	360401	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 1.878.654
205	360601	INSERCION O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD	$ 1.781.169
206	372202	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON	$ 985.790
207	372302	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON	$ 1.153.434
208	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ENDOVASCULAR [PERCUTANEA]	$ 1.323.787
209	387300	INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD	$ 1.784.540
210	395030	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 1.601.961
211	395031	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 1.590.015
212	872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	$ 894.848
213	874125	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 1.153.917
214	874133	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CAROTIDAS (PANANGIOGRAFIA)	$ 1.356.355
215	874134	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 729.291
216	876110	AORTOGRAMA TORACICO	$ 457.536
217	876120	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	$ 1.238.271
218	876121	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	$ 1.642.371
219	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	$ 1.270.046
220	876130	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	$ 927.619
221	876131	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	$ 1.148.399
222	876136	ARTERIOGRAFIA PULMONAR UNILATERAL SELECTIVA	$ 699.396
223	876212	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO	$ 642.647
224	877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	$ 695.506
225	877112	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)	$ 1.289.618
226	878101	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	$ 964.199
227	878111	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	$ 872.098
228	878201	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCION	$ 627.278
229	878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO	$ 253.154
230	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$ 729.494
231	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON	$ 1.364.528
232	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 1.610.345
233	887002	CINEANGIOGRAFIA	$ 431.300
234	395010	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS INTRACRANEALES	$ 4.304.639
235	395205	REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA	$ 6.541.778
236	385120	OCLUSION DE LESION EN VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR	$ 4.272.612
237	878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 259.479
238	878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 329.827
239	877812	PIELOGRAFIA A TRAVES DE TUBO DE NEFROSTOMIA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 109.400
240	877602	COLANGIOGRAFIA POR TUBO O CATETER EN LA VIA BILIAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 325.000
241	876241	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 317.861

242	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 413.386
243	872201	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR CATETERISMO BRAQUIAL RETROGRADO O POR CATETERISMO FEMORAL (HONORARIOS MEDICOS)	$ 648.061
244	877171	ARTERIOGRAFIA PELVICA (SELECTIVA) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 656.191
245	877815	PIELOGRAFIA RETROGRADA O ANTEROGRADA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 715.000
246	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 715.000
247	877161	ESPLENOPORTOGRAFIA ARTERIAL(HONORARIOS MEDICOS)	$ 441.600
248	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA TORACICA DE OTROS VASOS (HONORARIOS MEDICOS)	$ 565.400
249	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA VIA PERCUTANEA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 65.500
250	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 257.894
251	345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 772.079
252	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 773.253
253	876320	FLEBOGRAFIA TORACICA (VENAS PULMONARES) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.126.302
254	877210	FLEBOGRAFIA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 664.228
255	389107	INSERCION DE CATETER PERMANENTE (HONORARIOS MEDICOS)	$ 908.475
256	389102	INSERCION DE CATETER YUGULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 910.000
257	549004	COLOCACION DE CATETER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL (HONORARIOS MEDICOS)	$ 910.000
258	399901	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL (HONORARIOS MEDICOS)	$ 636.394
259	399902	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE (HONORARIOS MEDICOS)	$ 636.394
260	549011	RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL(HONORARIOS MEDICOS)	$ 304.694
261	874301	VENOGRAFIA SELECTIVA DIAGNOSTICA DE CABEZA Y CUELLO (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.022.397
262	877201	FLEBOGRAFIA [VENOGRAFIA] ABDOMINAL O PELVICA (SELECTIVA) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 809.672
263	380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.497.097
264	380810	TROMBOLISIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.497.097
265	380910	TROMBOLISIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.497.097
266	380702	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL, VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.497.097
267	370101	PERICARDIOCENTESIS (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.256.876
268	370102	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMÁGENES (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.377.649
269	876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.749.827
270	385620	OCLUSION DE ARTERIAS ABDOMINALES, VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.028.653
271	385820	OCLUSION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA PERCUTANEA O ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.389.165
272	385320	OCLUSION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES, VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.389.165
273	385520	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 7.509.823
274	385920	OCLUSION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.437.392
275	385720	OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES, VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.973.140
276	380401	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL TORACICA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.838.432
277	380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.234.571
278	380803	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.234.571
279	380307	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.234.571
280	380703	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.234.571
281	380904	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.234.571
282	380402	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA TORACICA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.838.432
283	380403	TROMBOLISIS EN VASOS TORACICOS (HONORARIOS MEDICOS)	$ 7.461.597
284	380404	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL CORONARIA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.588.829
285	380002	TROMBECTOMIA CORONARIA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.528.800
286	380003	TROMBECTOMIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.900.000
287	386301	ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.763.416
288	559601	INYECCION RENAL ESCLEROSANTE, VIA PERCUTANEA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.974.074
289	395302	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.427.944
290	369203	REPARACION O CIERRE DE FISTULA CORONARIA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.442.292
291	380205	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.559.571
292	380105	TROMBECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVASCULAR (HONORARIOS MEDICOS)	$ 5.564.740
293	359803	REPARACION O RECONSTRUCCION DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.984.600
294	355205	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.921.170
295	354201	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 6.829.599
296	355102	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.921.170
297	358903	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE, VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 7.632.710
298	358904	DILATACION DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 7.800.000
299	369402	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTEMICO PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 7.333.463
300	360501	ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMIA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCION (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.543.184
301	351103	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 8.402.312
302	351203	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 8.840.000
303	351303	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 6.038.223

304	372102	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.484.503
305	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 5.449.470
306	395027	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.583.905
307	395024	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 4.428.365
308	360104	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) DE TRONCO PRINCIPAL (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.449.000
309	360105	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) DE BIFURCACION (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.449.000
310	360106	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) DE OCLUSION TOTAL CRONICA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.449.000
311	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON (HONORARIOS MEDICOS)	$ 1.258.500
312	395216	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 3.109.100
313	358710	REPARACION DE COARTACION AORTICA, VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 10.082.737
314	395220	REPARACION DE ANEURISMA DE AORTA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 9.801.356
315	383411	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 11.050.000
316	383407	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 5.689.700
317	395101	DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.913.000
318	378506	REVISION DE ELECTRODO DE ESTIMULACION (AURICULAR O VENTRICULAR) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.204.730
319	378507	REVISION DE ELECTRODO DE DESFIBRILACION (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.204.730
320	378508	REVISION DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO (HONORARIOS MEDICOS)	$ 2.204.730
321	998501	MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA INDUCIDA (TERAPIA COMPLEMENTARIA) (HONORARIOS MEDICOS)	$ 7.800.000
322	878905	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 5.756.000
323	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA (HONORARIOS MEDICOS)	$ 5.739.000
		LABORATORIO CLINICO INTRAHOSPITALARIO	
324	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 31.500
325	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 31.500
326	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 41.000
327	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 5.850
328	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 32.250
329	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.500
330	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 16.100
331	905707	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$ 64.500
332	903402	ALDOLASA	$ 37.500
333	904801	ALDOSTERONA	$ 57.000
334	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 13.050
335	903602	AMONIO	$ 30.000
336	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 46.500
337	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 49.300
338	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 72.186
339	902079	ANTICOAGULANTE LUPICO	$ 108.000
340	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 67.500
341	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 17.600
342	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000
343	902006	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$ 39.750
344	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.000
345	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.000
346	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.750
347	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.500
348	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30.000
349	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 25.500
350	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 16.950
351	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 11.250
352	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.000
353	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 6.900
354	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 6.900
355	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 7.050
356	903604	CALCIO IONICO	$ 33.700
357	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 20.200
358	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.500
359	902101	CELULAS L.E.	$ 21.450
360	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.500

361	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.900
362	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.000
363	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 28.500
364	903813	CLORO	$ 18.000
365	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 7.650
366	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 9.150
367	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 6.450
368	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 23.250
369	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 19.200
370	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 19.950
371	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	$ 20.700
372	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	$ 18.450
373	901206	COPROCULTIVO	$ 51.000
374	907002	COPROLOGICO	$ 7.500
375	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 19.950
376	907004	COPROSCOPICO	$ 24.000
377	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 79.500
378	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 85.500
379	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$ 19.950
380	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 30.600
381	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 14.100
382	903822	CREATINA	$ 26.600
383	903823	CREATININA DEPURACION	$ 12.300
384	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 6.000
385	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 5.850
386	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$ 14.700
387	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	$ 60.000
388	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	$ 78.000
389	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 66.000
390	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 11.250
391	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 58.500
392	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.250
393	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$ 10.500
394	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 5.400
395	904503	ESTRADIOL	$ 30.000
396	904504	ESTRIOL	$ 94.600
397	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 14.550
398	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 11.550
399	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 14.200
400	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 10.050
401	911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTIGENO EN TUBO	$ 22.400
402	903016	FERRITINA	$ 24.750
403	902024	FIBRINOGENO	$ 24.750
404	903830	FOSFATASA ACIDA	$ 12.300
405	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 6.900
406	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 7.650
407	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$ 16.950
408	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 13.500
409	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 79.500
410	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.000
411	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 65.200
412	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 5.700
413	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 5.400
414	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 10.800
415	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 10.800
416	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 5.400
417	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 15.750
418	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.300
419	902211	HEMATOCRITO	$ 7.100
420	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$ 12.600
421	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	$ 34.500
422	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 77.475
423	902213	HEMOGLOBINA	$ 10.800
424	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 25.500
425	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 17.420
426	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 14.550
427	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 36.900
428	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.500
429	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.500
430	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.250

431	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.250
432	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.050
433	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.500
434	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 27.000
435	906318	Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.750
436	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.550
437	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.500
438	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.000
439	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.000
440	906320	Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.200
441	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 43.500
442	903846	HIERRO TOTAL	$ 13.050
443	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$ 43.800
444	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$ 35.400
445	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 70.500
446	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 29.250
447	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 20.700
448	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 27.000
449	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 27.000
450	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.500
451	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 27.750
452	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 31.500
453	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 18.000
454	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.500
455	903847	LIPASA	$ 16.950
456	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 45.000
457	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 55.500
458	903503	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$ 45.000
459	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 45.000
460	907203	LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$ 20.700
461	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$ 45.000
462	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 14.550
463	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 11.100
464	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 79.500
465	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 25.500
466	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 43.000
467	903856	NITROGENO UREICO	$ 6.450
468	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 6.750
469	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 16.650
470	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 10.500
471	904108	PROLACTINA	$ 26.250
472	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 30.750
473	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 9.600
474	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 11.550
475	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8.400
476	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 6.750
477	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 14.700
478	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 17.325
479	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 10.800
480	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 15.000
481	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$ 15.450
482	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 73.500
483	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 73.500
484	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 10.650
485	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.550
486	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 30.750
487	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 58.500
488	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.500
489	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.500
490	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 39.750
491	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 35.400
492	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 12.000
493	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$ 10.000
494	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 12.300
495	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 39.750
496	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 37.500
497	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 85.800
498	904921	TIROXINA LIBRE	$ 21.450
499	904922	TIROXINA TOTAL	$ 20.700
500	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 75.000

501	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 75.000
502	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 7.050
503	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 6.900
504	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 84.600
505	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 28.500
506	903868	TRIGLICERIDOS	$ 8.400
507	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	$ 57.000
508	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 20.700
509	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.550
510	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 7.350
511	907106	UROANALISIS	$ 9.150
512	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 63.000
513	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 26.100
514	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 30.750
515	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 300.000
516	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 423.000
517	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 84.000
518	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 121.500
519	903107	ACIDO FORMICO EN ORINA	$ 138.000
520	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 106.500
521	908308	ACIDO OROTICO	$ 621.000
522	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$ 150.000
523	906601	ACIDO SIALICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.400
524	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 5.850
525	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 165.000
526	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 69.000
527	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 84.000
528	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 43.050
529	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.500
530	906901	AGLUTININAS AL FRIO	$ 21.450
531	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.004
532	905706	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 25.500
533	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 73.500
534	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 49.500
535	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$ 91.500
536	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 120.000
537	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 54.000
538	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.000
539	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 120.000
540	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.800
541	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 130.500
542	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 35.400
543	904001	ANGIOTENSINA II	$ 451.500
544	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 64.407
545	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 28.500
546	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA	$ 275.600
547	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19.950
548	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 213.000
549	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 444.000
550	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 35.400
551	902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 106.500
552	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500
553	906490	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.500
554	906303	ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 259.500
555	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 81.000
556	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	$ 51.000
557	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	$ 51.000
558	906305	ARBOVIRUS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.067
559	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 225.000
560	906333	Aspergillus spp ANTIGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 231.000
561	905711	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 99.000
562	905204	BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 32.250
563	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.000
564	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.000
565	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 78.000
566	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.000
567	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000
568	906801	BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30.300
569	903003	BICARBONATO	$ 136.500
570	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 198.000
571	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$ 162.000
572	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.500
573	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 81.000
574	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 81.000

575	901203	Brucella CULTIVO	$ 207.000
576	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 42.000
577	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 153.000
578	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 79.500
579	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 29.250
580	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$ 24.750
581	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 96.000
582	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 32.250
583	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.250
584	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.250
585	903006	CAROTENOS	$ 36.900
586	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 126.000
587	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 126.000
588	906803	CELULAS ROJAS GLICOFORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.367
589	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.500
590	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 48.000
591	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 84.000
592	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.500
593	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.300
594	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.050
595	906308	Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$ 42.300
596	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 138.000
597	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.000
598	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 372.000
599	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 396.000
600	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 76.500
601	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.000
602	905307	CLORPROMAZINA	$ 139.500
603	905726	COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 106.500
604	905725	COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 65.900
605	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	$ 198.000
606	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 45.300
607	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.000
608	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 75.000
609	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$ 24.000
610	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$ 24.000
611	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 21.600
612	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 73.500
613	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 105.000
614	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 60.000
615	904812	CORTISOL AM	$ 30.000
616	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 44.304
617	904813	CORTISOL PM	$ 30.000
618	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$ 60.000
619	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 78.072
620	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 82.500
621	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 19.950
622	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 381.000
623	906314	Cryptococcus neoformans ANTIGENO	$ 73.500
624	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 27.000
625	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$ 76.500
626	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA	$ 79.500
627	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 64.500
628	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 66.000
629	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA	$ 83.800
630	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA	$ 72.000
631	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$ 112.500
632	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA	$ 92.560
633	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 72.000
634	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 49.500
635	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 43.050
636	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 69.544
637	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 135.000
638	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$ 115.500
639	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 183.000
640	901009	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO)	$ 286.000
641	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 101.920

642	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 55.317
643	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 182.988
644	904720	ELASTASA PANCREATICA	$ 201.000
645	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 76.500
646	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 274.500
647	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 36.900
648	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.500
649	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.500
650	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.500
651	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 138.000
652	906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.000
653	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 2.700.000
654	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 91.500
655	906217	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.451
656	906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.000
657	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.500
658	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.500
659	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.750
660	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.500
661	902106	ERITROPOYETINA	$ 69.000
662	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 115.500
663	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 95.400
664	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.000
665	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	$ 82.405
666	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 76.500
667	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A	$ 324.000
668	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACION	$ 300.000
669	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$ 123.000
670	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 76.500
671	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$ 84.000
672	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.500
673	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$ 94.500
674	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 127.500
675	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$ 79.500
676	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.470.000
677	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 135.000
678	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 132.000
679	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 133.500
680	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$ 198.000
681	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 84.000
682	905308	FENCÌCLIDINA	$ 60.000
683	905210	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 109.500
684	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 38.250
685	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.500
686	903832	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$ 21.150
687	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$ 103.500
688	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.500
689	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.500
690	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8.850
691	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$ 51.000
692	902107	FRAGÌLIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	$ 78.000
693	903425	FRUCTOSAMINA	$ 43.050
694	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 879.000
695	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.000
696	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 85.500
697	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 67.500
698	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	$ 5.070
699	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$ 20.850
700	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 42.300
701	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.500
702	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.550
703	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57.000
704	906025	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.100
705	901220	Helicobacter pylori CULTIVO	$ 300.000
706	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 72.800
707	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 101.920
708	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 103.500
709	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 48.000
710	902113	HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 49.500
711	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 69.000
712	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 69.000
713	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 403.500
714	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 388.500
715	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.000

716	906319	Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.000
717	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.500
718	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.000
719	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 75.000
720	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA	$ 85.500
721	902116	HIERRO MEDULAR	$ 60.000
722	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.500
723	906337	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 294.000
724	903022	HOMOCISTEINA	$ 118.500
725	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 143.000
726	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$ 105.000
727	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 106.500
728	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$ 51.000
729	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA	$ 110.832
730	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$ 110.832
731	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 451.500
732	908859	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.230.000
733	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.500
734	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$ 363.000
735	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	$ 201.000
736	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 55.556
737	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.500
738	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 29.100
739	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 27.750
740	906828	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 28.256
741	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 94.500
742	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 531.000
743	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 168.000
744	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 300.000
745	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.000
746	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 157.500
747	904705	INSULINA LIBRE	$ 100.500
748	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 63.000
749	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.500
750	903024	LACTOGENO PLACENTARIO	$ 243.000
751	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 88.500
752	906322	Legionella spp ANTIGENO	$ 141.000
753	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.000
754	860207	Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	$ 44.900
755	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$ 45.000
756	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.000
757	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.000
758	901311	Leptospira SEROTIPIFICACION	$ 252.000
759	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 72.000
760	906706	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 400.500
761	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 289.500
762	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 576.000
763	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 138.000
764	903431	LIPOPROTEINA A	$ 63.000
765	903502	LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 nm)	$ 274.500
766	901312	Listeria SEROTIPIFICACION	$ 99.000
767	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.900
768	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 115.500
769	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 87.000
770	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 109.500
771	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 201.000
772	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 115.500
773	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 106.500
774	906484	MICROSOMALES HIGADO Y RIÑON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.000
775	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.500
776	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 106.500
777	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.550
778	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 55.500
779	906438	MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.050
780	901313	Mycobacterium IDENTIFICACION	$ 444.000
781	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 160.500
782	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 106.500
783	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 342.000
784	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 342.000
785	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 141.000

786	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 75.000
787	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 84.000
788	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX	$ 259.500
789	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 274.500
790	905740	OPIACEOS MANUAL	$ 40.500
791	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 103.500
792	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 38.250
793	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 38.250
794	903035	OSTEOCALCINA	$ 112.500
795	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 123.000
796	906238	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.500
797	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.000
798	903066	PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO]	$ 115.500
799	904706	PEPTIDO C	$ 75.000
800	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 856.500
801	902029	PLASMINOGENO	$ 168.000
802	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.000
803	906325	Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 454.500
804	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 246.000
805	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 76.500
806	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.500
807	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	$ 118.500
808	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 156.000
809	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	$ 97.500
810	904510	PROGESTERONA	$ 30.750
811	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 26.250
812	902032	PROPERDINA FACTOR B	$ 126.000
813	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 106.500
814	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	$ 178.500
815	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 108.000
816	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$ 135.000
817	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	$ 198.000
818	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 88.500
819	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 23.250
820	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.000
821	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 75.000
822	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$ 342.000
823	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA	$ 94.500
824	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$ 13.050
825	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 15.450
826	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	$ 115.500
827	904004	RENINA TOTAL	$ 91.500
828	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 145.500
829	902041	RETRACCION DE COAGULO	$ 23.250
830	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.900
831	906327	Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	$ 51.000
832	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.841
833	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 69.544
834	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.500
835	906245	SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.000
836	906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO	$ 106.500
837	906270	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G	$ 42.315
838	906271	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M	$ 32.600
839	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 27.466
840	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 154.500
841	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 154.500
842	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.900
843	904708	SOMATOSTATINA	$ 280.500
844	901321	Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 43.050
845	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$ 117.000
846	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 81.000
847	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.500
848	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 145.500
849	902042	TIEMPO DE COAGULACION	$ 35.500
850	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 48.000
851	906501	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 1.200.000
852	906506	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 886.500
853	906504	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 448.500
854	904920	TIROGLOBULINA	$ 36.900
855	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.500
856	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.500
857	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 25.500
858	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.500
859	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.500

860	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.500
861	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.500
862	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 26.250
863	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 81.000
864	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	$ 64.500
865	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.400
866	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.400
867	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO	$ 49.500
868	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 91.500
869	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 106.500
870	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 35.400
871	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 198.000
872	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 120.000
873	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 165.000
874	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 88.500
875	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 91.500
876	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 94.500
877	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 297.000
878	903608	ZINC	$ 67.500
879	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 67.500
		ELECTROFISIOLOGIA HEMODINAMIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR	
880	378602	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 49.400.000
881	378604	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 30.444.050
882	378606	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 71.500.000
883	378401	INSERCION [IMPLANTACION] DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	$ 39.000.000
884	378001	INSERCION [IMPLANTACION] DE MONITOR DE EVENTOS	$ 22.158.441
885	895801	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNOSTICO	$ 15.600.000
886	876123	VALORACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	$ 15.600.000
887	379003	CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 75.298.462
888	372802	MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL	$ 52.773.904
889	373413	MODULACION DE SUSTRATO ARRITMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) ENDOCARDICA	$ 59.676.161
890	373412	AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 65.000.000
891	352103	REEMPLAZO DE LA VALVULA AÓRTICA VIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$ 44.923.800
892	352003	REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 44.923.800
893	352303	REEMPLAZO DE LA VALVULA TRICUSPIDEA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 44.923.800
894	352203	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 44.923.800
895	383408	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO VIA ABIERTA	$ 15.974.323
896	383406	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA ABIERTA	$ 11.857.102
897	352504	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA VIA ABIERTA	$ 4.287.318
898	352507	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL VIA ABIERTA	$ 3.336.014
899	352510	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA	$ 3.336.014
		CIRUGIA DE TORAX	
900	345601	COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE	$ 672.000
901	332203	BRONCOSCOPIA RIGIDA (INCLUYE EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO)	$ 1.230.500
902	078206	RESECCION PARCIAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
903	345302	DECORTICACION PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
904	345102	PLEURECTOMIA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
905	345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
906	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 1.544.500
907	341204	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 1.901.000
908	345403	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	$ 1.230.500
909	332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA	$ 1.230.500
910	321304	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA	$ 2.060.900
911	325102	NEUMONECTOMIA SIMPLE POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
912	325202	NEUMONECTOMIA RADICAL POR TORACOSCOPIA	$ 2.857.700
913	324102	LOBECTOMIA SEGMENTARIA POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
914	324202	LOBECTOMIA TOTAL PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
915	345502	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	$ 2.913.000
916	341303	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 2.913.000
917	341403	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 4.327.668
918	324104	RESECCION EN CUÑA POR TORACOSCOPIA	$ 2.213.600
919	405203	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 2.286.841
920	405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA TORACOSCOPICA	$ 12.479.577
921	321003	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA	$ 3.109.100
922	322102	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
923	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA	$ 2.526.200
924	537002	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA	$ 2.526.200
925	078204	RESECCION TOTAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	$ 2.321.900
926	340904	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO	$ 2.526.200
927	340910	RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO	$ 6.810.074
928	340911	REPARACION DE DEFORMIDAD DE PECTUS CON DISPOSITIVO ASISTIDO POR TORACOSCOPIA	$ 19.500.000

929	317507	RECONSTRUCCION TRAQUEAL TERMINOTERMINAL VIA ABIERTA	**$ 16.000.000**
930	315104	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	**$ 8.154.200**
931	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	**$ 2.366.800**
932	431003	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	**$ 1.664.600**

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Av. Circunvalar Nro. 45-124
Ciudad.

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía **PN RASES8 SA MC _____ 2025** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación publica, me permito presentar, en nombre de Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de contratación de mínima cuantía cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica que rige el proceso, en las leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus decretos reglamentarios, los Códigos 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.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y/o invitación publica de conformidad con el formulario "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. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que conozco y acepto el contenido de los pliegos de condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.

2. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

4. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que ni es suscrito, y/o directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

5. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ declaro bajo juramento, 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.

6. Que nos comprometemos a proveer a **LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 ,** en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios de salud especializados ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el pliego de condiciones, con las especificaciones, términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones

7. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del proceso y del futuro contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad tècnica el conocimiento detallado de la tecnología y los equipos a los cuales aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta

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

9. Reconocemos que ni **LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

10. Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal,

tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba

11. Aceptamos plena, incondicional y estrictamente los términos del presente proceso de contratación que se ofrece y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir **LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos

12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y en consecuencia, consideramos que **LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**, se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

13. Que me obligo a suministrar a solicitud de **LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** , cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad

14. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a **LA POLICÍA NACIONAL –REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

15. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de mi Despacho, en la siguiente dirección: _____ correo electrónico: _____ Teléfono(s): _____ Fax _____

16. 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 de _____ No. _____ entidad bancaria _____ sucursal _____ ciudad _____ país: Colombia

17. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

18. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso será hasta el ___ de _____ de la vigencia 2026 o hasta agotar el presupuesto, contados a partir del día hábil siguiente a la aprobación de la garantía única y suscripción de la carta de inicio.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

CIUDAD..... FECHA .....

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

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)
- Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).
- Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

2. INFORMACIÓN BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA — Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Tipo documento de Identificación:

Cédula de Ciudadanía	☐	No.
Cédula de Extranjería	☐	No.
NIT Persona Jurídica	☐	No.
NIT Persona Natural	☐	No.
Pasaporte	☐	No.
Registro Civil	☐	No.
Tarjeta de Identidad	☐	No.
Otro Tipo Documento	☐	No. Cual:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARSAL

Sociedad Anónima	☐	Cooperativa	☐	Empresa Ind. Y Cial del Estado	☐
Sociedad Colectiva	☐	Empresa Unipersonal	☐	Asociaciones Mutualistas	☐
Sociedad Comandita por Acciones	☐	Empresa Comunitaria	☐	Fondos de Empleados	☐
Sociedad Comandita Simple	☐	Empresa de Servicio	☐	Instituto de Economía Solidaria	☐
Sociedad de Economía Mixta	☐	Entidad Pública	☐	Precooperativo	
Sociedad de Hecho	☐	Empresa Solidaria de Salud	☐		
Sociedad Limitada	☐	Entidad sin Animo de Lucro	☐		
Sociedad Sucursal Extranjera	☐	Federación o Confederación	☐		
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)	☐	Cooperativa de trabajo asociado	☐		

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO ☐ PÚBLICO ☐ MIXTO ☐		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI NO
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PÚBLICO PRIVADO TOTAL	% % %		

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	FORMATO Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Código: FP-F-039 Versión: 1 Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCION EN LA FUENTE IVA	
RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
RÉGIMEN COMÚN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
RÉGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI	NO	

5. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCIÓN		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	

Dirección _____ Teléfono _____

E-mail _____ Fax _____

País _____ Región _____

Ciudad _____

Localización Nacional Extranjera

Página Web _____ Contacto _____

Designación del contacto _____ E-mail del contacto _____

Apartado Aéreo _____

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su(s) hijo(s) menor(es)	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

Entidad Financiera _____ Número de Cuenta _____

Tipo de la cuenta bancaria Corriente Ahorro Depósito Electrónico

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato válido para la creación de cuentas bancarias de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.

FORMULARIO No. 3.

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de selección abreviada menor cuantía No. PN RASES8 SA MC - _____/2025, cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**.

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación 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, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación publica, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del 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 los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente proceso de contratación. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

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

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,

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; 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 y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8, 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.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Así mismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas, son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. 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 _____ a los _____ (____) días del mes _____, del año _____.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

FORMULARIO No. 4

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número PN RASES8 SA MC ____ - 2025 cuyo objeto es la: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

El suscrito 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 del _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Seleccion abreviada de Menor cuantía, para la celebración de un contrato estatal para la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

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.
Cláusula 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 **policía nacional** 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 policía nacional y/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 **Policía Nacional**.

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 y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre 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 al **proponente** cuando 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 **policía nacional**.

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 **Policía Nacional**.
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.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 5
CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC ____ 2025** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

La solicitud de las vigencias a tener en cuenta, se realizará de acuerdo a las normas vigentes, debiéndose realizar los ajustes acordes a la misma, por el estructurador del estudio previo, cuando se generen cambios

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL	PATRIMONIO
	2016 $	2016 $	2016 $	2016 $	2016 $

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	UTILIDAD NETA	GASTOS DE INTERESES	ACTIVOS FIJOS
	2016 $	2016 $	2016 $	2016 $

PROPONENTE	LIQUIDEZ	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	CAPITAL DE TRABAJO	RAZÓN DE COBERTURA DE INTERESES	RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	RENTABILIDAD DEL ACTIVO
	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total.
RESULTADO		%			%	%

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos.

NOTA: los procesos que cierren con posterioridad al 1 de mayo de 2018, se les solicitará los estados financieros correspondientes a la vigencia 2017 en firme

Firma, pos firma, cedula y Tarjeta profesional del Contador Público o Revisor Fiscal

Firma, Pos firma y Cédula del Representante Legal

FORMULARIO No. 6

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS PARA ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIAPROPONENTE EXTRANJERO SIN SUCURSAL O DOMICILIO EN COLOMBIA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Contratos relacionados con la actividad de estudios en Moneda del País de Origen (A)	Contratos relacionados con la actividad estudios y diseños convertidos a Moneda Legal Colombiana (B)	Participación porcentual del proponente en el contratista plural (C)	Valor en Pesos Colombianos de los contratos ejecutados (valor del contrato ponderado por la participación) (D) (B * C) = D
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Total		Contrato	contrato

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ CC ☐ CE ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (CC ☐ CE ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (CC ☐ CE ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional
NOTA: los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento

FORMULARIO No. 7

CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2025** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

La solicitud de las vigencias a tener en cuenta, se realizará de acuerdo a las normas vigentes, debiéndose realizar los ajustes acordes a la misma, por el estructurador del estudio previo, cuando se generen cambios

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	GASTOS DE INTERESES	PATRIMONIO
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00

Proponente	Liquidez	Nivel de endeudamiento	Capital de trabajo	Razón de cobertura de intereses	Rentabilidad del patrimonio	,Rentabilidad del activo
Nombre del proponente	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total
RESULTADO	%	%	%	%	%	%

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 8
CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC ___ 2025** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8."** El suscrito declaro bajo gravedad de juramento acorde a la actividad comercial desarrollada, o al objeto social de la empresa que represento, que me encuentro facultado para ejercer las actividades comerciales propias a cada actividad, especialidad y grupo descrito en el pliego de condiciones "Clasificación en el Registro Único de Proponentes", así

SEGMENTO	FAMILIAS	CLASES
Segmento	Familia	Clases

Autorizo a la Unidad Ejecutora de la Policía Nacional para verificar la información suministrada

Atentamente,

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 9
INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

En observancia a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.4.1.3 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad con el Artículo 20 de Ley 80 de 1993 y para efectos del Parágrafo del Artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el Artículo 51 del Decreto 019 de 2012; para otorgar puntaje como productor 100% nacional se deberá diligenciar por parte del Oferente el siguiente Anexo, discriminando la información dependiendo si es un Tratado o Acuerdo Internacional o si aplica el Principio de Reciprocidad, así;

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

En caso de haberse suscrito y se encuentre vigente Acuerdo o Tratado Internacional alguno aplicable al presente proceso de contratación, indicar los siguientes datos:

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: _____.
Objeto del Tratado: _____.
Ubicación en el SECOP (Link): _____.

RECIPROCIDAD

En ausencia de Acuerdo o Tratado Internacional, pero si existe trato nacional en virtud del Principio de Reciprocidad, indicar los siguientes datos:

Fecha de la expedición de la certificación: _____.
Estado sobre el que se certifica: _____.
Ubicación en el SECOP (LINK): _____.

Nota: Estos datos serán verificados por la Dirección Administrativa y Financiera por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *"Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación"* Versión M-MACPC-12 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

Firma del Oferente, Representante Legal o Apoderado
Nombre del Oferente, Representante Legal o Apoderado
Nombre o Razón Social del Oferente
Identificación del Oferente (C.C., C.E. o NIT)
Dirección, Teléfono, Email del Oferente

FORMULARIO No. 10
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Yo _____, representante legal de la_____, certifico que la entidad que represento, cuenta la con 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, se cuenta con horas de profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas, cobertura requerida y oportunidad de atención, en los servicios de atención frente a las necesidades expresadas por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8 en la Unidad Prestadora de Salud atlantico

De igual forma se certifica que contamos con todos sus equipos médicos y biomédicos necesarios e indispensables para prestar los servicios y con los estándares mínimos requeridos por la resolución número 00002003 DE 2014,

Atentamente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 11

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía **PN RASES8 SA MC _____ 2025** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

1. OFRECIMIENTO DE BIENES Y/O SERVICIOS NACIONALES (PRODUCCIÓN NACIONAL, ACUERDO O TRATADO INTERNACIONAL O PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD)

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean prestados y suministrados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Producción Nacional	Cuando es prestado y/o suministrado por un oferente colombiano o residente en Colombia	SI ☐
Por Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que hacen parte de Acuerdos o Tratados Internacionales celebrados con Colombia para compras estatales aplicables a este proceso de contratación	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional
	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que aplican el Principio de Reciprocidad	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	Certifico Marcar con (x) donde corresponda	Puntaje determinado según pliego de condiciones
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 1 del presente obtendrán la asignación puntos de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**

Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 1 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL
Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean ejecutados así

		Marcar (X) según corresponda
Por Componente Nacional	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos	SI ☐
En el Exterior	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos extranjeras	SI ☐

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**	**Puntaje determinado según pliego de condiciones**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 del presente obtendrán la asignación puntaje de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**
Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.
Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta

El proponente

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 12

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.-

Yo _____identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, representando legalmente la firma _____ identificada con Nit No. _____ manifiesto expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la entidad y que se emplearan para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, provienen de actividades licitas

Atentamente

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 14

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA NATURAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad. -

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA MC No._____2025**

El suscrito _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ actuando en nombre propio y en representación legal de _____ identificada con No. NIT: _____, manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Salud, Pensiones y Atención a riesgos Profesionales ARL, 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 adjudicado el proceso de Selección Abreviada **PN RASES8 SA MC No._____2025** con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8, me obligo hacer los aportes de Ley a dichos sistemas durante la vigencia del contrato cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**

Lo anterior en cumplimiento del artículo 50 de la ley 789 de 2002

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 13

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: sostenibilidad de precios del proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA MC ___ -2025**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Dominio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, me comprometo a sostener los Precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso de selección abreviada menor cuantía **PN RASES8 SA MC ___ -2025**, durante la vigencia del contrato y las eventuales suscripciones si esta se llegara a suscribir, así mismo los precios ofertados incluyen la carga tributaria, arancelaria de Ley, todos los costos administrativos como seguros y fletes, no se harán reajustes ni cobros adicionales el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C,☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 16

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA NATURAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Yo _____identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, representando legalmente la firma _____ identificada con Nit No. _____ Manifiesto bajo la gravedad de juramento: que yo ni la empresa a la cual yo represento nos encontramos incursos en 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 - **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SLAUD No.8**, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la Republica, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 15
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA JURIDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad. -

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA MC No._____2025**

El suscrito _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ actuando en nombre propio y en representación legal de _____ identificada con No. NIT: _____, manifiesto bajo la gravedad de 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 la firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a paz y salvo por concepto de pagos a la 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 contrato cuyo objeto es objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

(Anexar fotocopia de la cedula de ciudadanía, tarjeta profesional y antecedentes de la junta centran de contadores)

FORMULARIO Nro. 18

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía Número PN RASES8 SA MC ____ - 2025 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

El suscrito a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal Domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de nombre de la entidad o empresa, quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

DECRETO 1072 de 2015 – Artículo 1.1.1.1. El Ministerio del Trabajo. El Ministerio del Trabajo es la cabeza del Sector del Trabajo.

Son objetivos del Ministerio del Trabajo la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos para el trabajo, el respeto por los derechos fundamentales, las garantías de los trabajadores, el fortalecimiento, promoción y protección de las actividades de la economía solidaria y el trabajo decente, a través un sistema efectivo de vigilancia, información, registro, inspección y control; así como del entendimiento y diálogo social para el buen desarrollo de las relaciones laborales.

Dando alcance a la Resolución No. 04367 del 29 de agosto de 2018 y a lo dispuesto en la sesión del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Complejo de DIPON del 04 de octubre de 2018 y en atención a la implementación del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo en la Policía Nacional, así:

Artículo 2.2.4.2.2.2. ***Campo de aplicación.*** *La presente sección se aplica a todas las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios, con entidades o instituciones públicas o privadas con una duración superior a un (1) mes y a los contratantes, conforme a lo previsto en el numeral 1 del literal a) del artículo 2° de la Ley 1562 de 2012 y a los trabajadores independientes que laboren en actividades catalogadas por el Ministerio del Trabajo como de alto riesgo, tal y como lo prevé el numeral 5 del literal a) del artículo 2° de la Ley 1562 de 2012.*

Artículo 2.2.4.2.2.16. ***Obligaciones del Contratista.*** El contratista debe cumplir con las *normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:*

1. Procurar el cuidado integral de su salud.

FORMULARIO No. 17

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURIDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Yo _____identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, representando legalmente la firma _____ identificada con Nit No. _____ Manifiesto bajo la gravedad de juramento: que yo ni la empresa a la cual yo represento nos encontramos incursos en 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 LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la Republica, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002
El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. (Decreto 723 de 2013, art. 16)

Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua.

Objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

1. Promover la mejora continua del desempeño y los resultados de la Policía Nacional, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo minimizando la ocurrencia de los accidentes de trabajo y a la aparición de enfermedades de origen laboral.
2. Definir y gestionar los recursos para la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles
4. Identificar y evaluar los requisitos legales aplicables a los centros de trabajo y establecer las acciones de mejoras que permitan dar tratamiento a las brechas identificadas.
5. Fomentar actividades de promoción y prevención de la salud en las unidades que conforman la Policía Nacional.

En atención a la implementación del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo en la Policía Nacional, mediante la Resolución No. 01956 del 25 de abril de 2018, "Por la cual se adopta las directrices de evaluación al SGSST, para los contratistas y subcontratistas, bajo cualquier modalidad de contrato civil, comercial y administrativo, organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, a las agremiaciones u asociaciones que afilien trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral, las empresas de servicios temporales, estudiantes afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, trabajadores en misión y las personas naturales o jurídicas, que deban ejecutar cualquier objeto contractual y/o se vinculen a la Policía Nacional, a través de contratos de prestación de servicios y los visitantes permanentes y transitorios a los centros de trabajo", el contratista se obliga a dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 4º y artículo 7º, en los numerales 1.2 y 1.3, así:

1.2. Para la ejecución del contrato: adicional a los requerimientos exigidos para la ejecución del contrato, la persona natural o jurídica deberá:

1.2.1. Desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento de las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.

1.2.2. Evidenciar la actividad participación en las actividades que la Policía Nacional o el contratante desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

Evidenciar objetivamente, el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.

1.2.4. Participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por el contratante para el área donde desarrollará las actividades.

1.2.5. Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.

1.2.6. Practicarse los exámenes ocupacionales que la Policía Nacional o el contratante programe al contratista durante la ejecución contractual.

1.2.7. Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.

1.2.8 Entregar al contratante o contratista, los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista.

1.3. Para liquidar el contrato al término de su ejecución, el contratista deberá:

1.3.1. Presentar un informe escrito al supervisor del contrato, donde evidencie documentalmente el cumplimiento de las responsabilidades asignadas como contratista, en materia de aseguramiento en SST y permita evidenciar objetivamente la participación de estos, en las actividades de promoción y prevención que adopten y estén conforme a los parámetros adoptados en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO Nro. 19
GESTION AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Ref. proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA ___ - 2025** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA ADULTO, PEDIATRICA, CARDIOLOGIA ELECTROFISIOLOGICA, CIRUJANO VASCULAR, CIRUJANO CARDIOVASCULAR, REHABILITACION CARDIACA Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA E INVASIVA POR CONSULTA EXTERNA, EVENTOS PROGRAMADOS Y POR URGENCIAS PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTA ESPECIALIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y DE LA POLICÍA NACIONAL Y AQUELLOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA MIPRES (MI PRESCRIPCIÓN) DEL MINISTERIO DE SALUD, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8.**

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, 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, además sus productos deberán cumplir los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental.

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 diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios; así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la Institución"), 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 y/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:

Así mismo se solicita el compromiso de cumplir y respetar los programas ambientales establecidos para la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**, en cuanto al manejo de residuos sólidos, residuos peligrosos, manejo de vertimientos, uso y ahorro del agua y energía, educación y tratamiento silvicultura y el compromiso en desarrollar mecanismos de protección de los recursos naturales renovables conforme a la nueva Legislación Ambiental en Colombia y cumplir con los principios del Sistema de Gestión Ambiental, en aplicación a la norma constitucional artículo 8°, 58° 80° y 95° ley 23 de 1973, Decreto 2811 de 1974, ley 99 de 1993 ley, 139 de 1994, ley 299 de 1995, Decreto 948 de 1995 y Documento Compes 2834 de 1996.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón sócial del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO Nro. 20

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Yo _____, representante legal de la_____, certifico que la entidad que represento, cuenta la con suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimado a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), se cuenta con la disponibilidad requerida, cobertura requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas por la Unidad Prestadora de Salud Cesar.

De igual forma se certifica que la dirección registrada en la cámara de comercio proporcionada por la entidad que represento coincide con la dirección registrada en el RUT y el establecimiento abierto al público.

Atentamente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO Nro. 21

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.
La Dirección de Sanidad se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	
Ciudad y fecha	
Nombre y apellidos del Profesional:	
Cedula de ciudadanía	
Fecha de nacimiento:	**Nacionalidad:**
Profesión:	
Universidad:	
No. de Registro Profesional:	
Título Obtenido:	
Especialización:	
Subespecialidades: (tómese por su especialista al profesional especializado que luego de cursada la especialidad base tiene un entrenamiento certificado mínimo de un año en la subespecialidad)	
Tiempo de experiencia en la Profesión:	
Tiempo de servicio en la Institución Oferente:	
Cargo que desempeña:	
Tiempo de dedicación (donde labora):	

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

Página 106 de 121	ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	
Código: 2BS-FR-0065		
Fecha: 08/06/2017	RIESGO SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA	POLICÍA NACIONAL
Versión: 2		

FORMULARIO Nro. 21

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada lunes/mes se deberá diligenciar un formato por separado
La Dirección de Sanidad se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	
Ciudad y fecha	
Nombre y apellidos del Profesional:	
Cedula de ciudadanía	
Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:
Profesión:	
Universidad:	
No. de Registro Profesional:	
Título Obtenido:	
Especialización:	
Subespecialidades: (Dirigido por su especialista al profesional especializado que luego de cursada la especialidad base tiene un entrenamiento certificado mínimo de un año en la subespecialidad)	
Tiempo de experiencia en la Profesión:	
Tiempo de servicio en la Institución Oferente:	
Cargo que desempeña:	
Tiempo de dedicación (donde laboral):	

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente. Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐) Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal. Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección. Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono. Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email. Diligenciar correo electrónico de notificaciones