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 histolltica 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	FENCICLIDINA	$ 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	FRAGILIDAD 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
		CIRUGÍA DE TORAX	
900	345601	COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE	$ 3.378.000
901	332203	BRONCOSCOPIA RIGIDA (INCLUYE EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO)	$ 5.910.700
902	078206	RESECCION PARCIAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	$ 8.660.950
903	345302	DECORTICACION PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 9.107.450
904	345102	PLEURECTOMIA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	$ 9.107.450
905	345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA	$ 9.107.450
906	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 8.569.300
907	341204	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 8.569.300
908	345403	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	$ 8.351.900
909	332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA	$ 8.351.900
910	321304	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA	$ 10.176.750
911	325102	NEUMONECTOMIA SIMPLE POR TORACOSCOPIA	$ 10.357.450
912	325202	NEUMONECTOMIA RADICAL POR TORACOSCOPIA	$ 10.357.450
913	324102	LOBECTOMIA SEGMENTARIA POR TORACOSCOPIA	$ 10.357.450
914	324202	LOBECTOMIA TOTAL PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 10.357.450
915	345502	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	$ 10.388.600
916	341303	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 10.388.600
917	341403	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 10.913.834
918	324104	RESECCION EN CUÑA POR TORACOSCOPIA	$ 10.282.500
919	405203	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 10.498.900
920	405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA TORACOSCOPICA	$ 14.989.789
921	321003	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA	$ 10.498.900
922	322102	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	$ 10.357.450
923	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA	$ 10.498.900
924	537002	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA	$ 10.498.900
925	078204	RESECCION TOTAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	$ 10.357.450
926	340904	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO	$ 11.248.900
927	340910	RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO	$ 12.905.037
928	340911	REPARACION DE DEFORMIDAD DE PECTUS CON DISPOSITIVO ASISTIDO POR TORACOSCOPIA	$ 21.757.497

929	317507	RECONSTRUCCION TRAQUEAL TERMINOTERMINAL VIA ABIERTA	**$ 16.250.000**
930	315104	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	**$ 13.577.100**
931	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	**$ 3.138.600**
932	431003	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	**$ 2.936.300**

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 técnica 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 UNIÓN 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 cedula 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. Cuál

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 EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		Cooperativa		Empresa Ind. Y Com 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		Precooperativa	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Ánimo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

TIPO DE CAPITAL		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	
PRIVADO			SI
PÚBLICO			NO
MIXTO			

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO		
PÚBLICO		%
PRIVADO		%
TOTAL		%

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

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCION EN LA FUENTE ICA	
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCION EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN 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)	
Donatarios 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 valido 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.	☐	%.

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. 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. 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. 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 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. 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

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.

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 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. 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