1987	526102B	PANCREATECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 10.619.708
1988	527102B	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.592.321
1989	529504B	FISTULECTOMÍA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.126.724
1990	529609B	PANCREATOYEYUNOSTOMÍA TÉRMINO LATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.350.500
1991	543101B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 1.328.082
1992	436102B	GASTRODUODENOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.252.104
1993	438102B	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.878.500
1994	438202B	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.628.500
1995	438302B	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.144.132
1996	544107B	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.648.503
1997	547702B	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 1.650.000
1998	439002B	GASTRECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 15.500.000
1999	439003B	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA ABIERTA	$ 9.704.379
2000	439101B	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA	$ 8.767.105
2001	303104B	LARINGOFARINGECTOMÍA CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MICROVASCULAR	$ 8.686.182
2002	554002B	NEFRECTOMÍA PARCIAL POR LUMBOTOMÍA	$ 8.064.037
2003	554103B	HEMINEFRECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 4.365.355
2004	564111B	URETERECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.919.688
2005	564211B	URETERECTOMÍA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA	$ 5.405.637
2006	449001B	ABLACIÓN DE LESIÓN GÁSTRICA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 8.406.860
2007	451304B	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 12.023.131
2008	890302B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 156.304
2009	306302B	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.497.505
2010	452303B	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCÓPICA	$ 623.425
2011	890226B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 68.708
2012	890231B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 116.952
2013	541507B	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ÓRGANOS RETROPERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.200.000
2014	558202B	CIERRE DE NEFROSTOMÍA O PIELOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.166.178
2015	577311B	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MÁS DERIVACIÓN URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VÍA ABIERTA	$ 5.500.000
2016	898241B	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	$ 77.474
2017	577316B	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL MÁS DERIVACÍON URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTÓTOPICA) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.500.000
2018	841001B	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 1.894.723
2019	841501B	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIERNA	$ 6.159.826
2020	854701B	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS, GANGLIOS LINFÁTICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTÍNICOS)	$ 3.991.548
2021	857101B	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 7.943.986
2022	704201B	VAGINECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 2.060.663

2023	867003B	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.738.826
2024	867203B	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 2.088.834
2025	870601B	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 30.772
2026	871091B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 25.445
2027	385720B	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES, VÍA ENDOVASCULAR	$ 6.007.871
2028	394101B	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR	$ 629.881
2029	906605B	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.030
2030	404002B	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.954.899
2031	404402B	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.212.378
2032	425201B	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA ABIERTA	$ 14.264.220
2033	425204B	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON TUBO GÁSTRICO VÍA ABIERTA	$ 11.354.086
2034	881511B	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 50.645
2035	881602B	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 42.266
2036	881702B	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN	$ 108.788
2037	890233B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 122.062
2038	890235B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 68.650
2039	890237B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	$ 126.109
2040	890239B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 78.670
2041	890243B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 99.168
2042	890251B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 100.000
2043	879901B	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 900.000
2044	602004B	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 8.952.366
2045	715003B	VULVECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL	$ 2.065.439
2046	715004B	VULVECTOMÍA SIMPLE BILATERAL	$ 2.456.033
2047	890273B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 123.200
2048	908418B	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$ 1.386.858
2049	890280B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 97.593
2050	890286B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 131.352
2051	890326B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 62.325
2052	890333B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 111.155
2053	890343B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 99.168
2054	890346B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 80.753
2055	890355B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	$ 96.592
2056	881132B	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 45.000
2057	881151B	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 45.000

2058	454208B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (4 - 10)	$ 3.067.791
2059	881701B	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 92.735
2060	592102B	URETEROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.774.850
2061	454209B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (11 O MÁS)	$ 3.475.583
2062	454210B	ABLACIÓN DE LESIÓN EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.161.582
2063	541505B	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 10.879.477
2064	541602B	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 10.415.499
2065	542101B	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	$ 2.434.993
2066	890373B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 112.922
2067	890380B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 88.183
2068	541702B	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.767.600
2069	541902B	CITORREDUCCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.930.000
2070	542001B	EXPLORACIÓN INGUINAL VÍA ABIERTA	$ 970.437
2071	542102B	LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)	$ 3.863.266
2072	542202B	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 2.240.376
2073	542303B	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.542.860
2074	890386B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 130.255
2075	332203B	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR	$ 1.570.688
2076	332207B	BRONCOSCOPIA CON PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSBRONQUIAL	$ 987.974
2077	890232B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	$ 101.750
2078	890246B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 90.531
2079	890255B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	$ 107.500
2080	890331B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 106.045
2081	890332B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	$ 88.955
2082	552604B	BIOPSIA DE RIÑÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.900.003
2083	605111B	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 8.418.057
2084	200103B	TIMPANOTOMÍA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.290.000
2085	992509B	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	$ 226.860
2086	992511B	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	$ 248.525
2087	992508B	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA MIELOABLATIVA	$ 546.274
2088	890335B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 59.780
2089	890337B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	$ 115.081
2090	890351B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 115.183
2091	890354B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 108.812
2092	348602B	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN POR TORACOSCOPIA	$ 10.676.719
2093	451307B	CONTROL DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO CON DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.269.018
2094	453305B	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.508.345
2095	456204B	DUODENECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.927.426

2096	456206B	ILECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.930.000
2097	457002B	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.797.612
2098	459202B	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.456.705
2099	460104B	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 10.714.769
2100	348002B	BIOPSIA DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	$ 5.906.434
2101	348102B	ESCISIÓN TRANSTORÁCICA DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	$ 11.569.687
2102	039203B	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA	$ 2.179.000
2103	485004B	PROCTOSIGMOIDECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL	$ 7.384.507
2104	485402B	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.622.356
2105	486702B	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.850.405
2106	040722B	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN MUSLO VÍA ABIERTA	$ 2.035.456
2107	803101B	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 2.428.431
2108	321501B	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 16.925.265
2109	860101B	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	$ 185.476
2110	861101B	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$ 1.028.114
2111	861201B	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN	$ 975.656
2112	817208B	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	$ 2.274.943
2113	221401B	NASOSINUSCOPIA	$ 205.526
2114	778601B	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA	$ 5.062.843
2115	778801B	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS)	$ 4.908.656
2116	821201B	FASCIOTOMÍA DE MANO	$ 813.477
2117	822202B	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MÚSCULO DE MANO	$ 5.407.363
2118	395220B	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$ 49.898.871
2119	890294B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 98.685
2120	317505B	RECONSTRUCCIÓN POR RESECCIÓN CRICOTRAQUEAL PARCIAL SIN INJERTO	$ 8.411.182
2121	422003B	ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNÓSTICA SIN BIOPSIA	$ 468.627
2122	405203B	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 5.904.360
2123	405304B	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VÍA ABIERTA	$ 9.951.251
2124	780301B	INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO	$ 1.247.796
2125	780503B	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FÉMUR	$ 1.801.520
2126	780706B	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE PERONÉ	$ 1.528.312
2127	561102B	MEATOTOMÍA URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 760.854
2128	565410B	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA	$ 4.760.178
2129	405307B	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOILÍACO BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 9.694.892
2130	405408B	LINFADENECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	$ 10.015.098
2131	405503B	LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.794.058
2132	341201B	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.518.039
2133	341203B	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 5.920.638

2134	341403B	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 13.829.200
2135	890254B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 111.026
2136	890278B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	$ 129.029
2137	439004B	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 14.008.051
2138	313302B	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO TRAQUEOBRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 10.352.721
2139	439102B	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.305.303
2140	439301B	ESOFAGOGASTRECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.971.745
2141	441101B	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA ABIERTA	$ 736.174
2142	441303B	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCOPIA	$ 592.137
2143	868314B	PANICULECTOMÍA DE TÓRAX	$ 3.201.000
2144	868503B	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), MÁS DE CINCO	$ 1.540.012
2145	456002B	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.291.000
2146	575103B	RESECCIÓN DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VÍA ABIERTA	$ 4.572.102
2147	576011B	CISTECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.504.901
2148	458302B	COLECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.889.167
2149	459102B	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.673.469
2150	459301B	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 3.539.476
2151	459402B	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.664.486
2152	777501B	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR	$ 973.731
2153	778102B	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA	$ 2.222.670
2154	890339B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 78.670
2155	451306B	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUÉS DE DUODENO CON BIOPSIA	$ 1.914.000
2156	542304B	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.500.000
2157	542403B	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.839.828
2158	542801B	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA	$ 626.223
2159	543202B	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.866.500
2160	831304B	TENOTOMÍAS EN ANTEBRAZO (UNA O MÁS)	$ 1.124.433
2161	832101B	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA	$ 745.269
2162	832102B	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.000.000
2163	890378B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	$ 93.812
2164	652102B	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.500.000
2165	652304B	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 4.011.687
2166	039204B	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS POR RADIOFRECUENCIA	$ 5.868.310
2167	890394B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 67.513
2168	529801B	DILATACIÓN DE DUCTO PANCREÁTICO, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.780.762
2169	524401B	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.178.486
2170	527201B	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA ABIERTA	$ 8.771.017

2171	527202B	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 14.722.298
2172	485002B	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.976.569
2173	486201B	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VÍA ABIERTA	$ 6.040.734
2174	487302B	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMÍA	$ 1.351.040
2175	602005B	ADENOMECTOMÍA POR ABLACIÓN DE PRÓSTATA	$ 4.746.145
2176	873210B	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 20.622
2177	814703B	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACIÓN DE LA RÓTULA)	$ 2.214.854
2178	547505B	RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL ANATÓMICA Y FUNCIONAL VÍA ABIERTA	$ 3.245.000
2179	605112B	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR ABLACIÓN	$ 5.720.000
2180	608101B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIPROSTÁTICA	$ 1.895.497
2181	837502B	TRANSFERENCIAS DE TENDÓN EN PARÁLISIS RADIAL	$ 3.674.376
2182	549501B	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]	$ 1.135.817
2183	778956B	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR	$ 10.112.797
2184	870003B	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 20.265
2185	870105B	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 48.119
2186	882294B	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 167.323
2187	852003B	ESCISIÓN EN BLOQUE DE CONDUCTOS GALACTÓFOROS	$ 1.544.674
2188	837605B	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA	$ 3.753.937
2189	837608B	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA	$ 3.633.816
2190	823307B	TENOSINOVECTOMÍA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR	$ 1.171.438
2191	218302B	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON COLGAJO FRONTAL	$ 4.048.648
2192	295701B	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO O MIOCUTÁNEO A DISTANCIA	$ 8.949.004
2193	782523B	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA Y PERONÉ	$ 1.251.475
2194	497303B	FISTULECTOMÍA ANO-VAGINAL	$ 1.190.908
2195	497401B	TRANSPOSICIÓN DEL MÚSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR	$ 1.148.538
2196	578701B	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ÍLEON	$ 8.595.636
2197	578704B	ÍLEO-CECO-CISTOPLASTIA	$ 6.266.203
2198	511705B	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.332.030
2199	715005B	VULVECTOMÍA TOTAL UNILATERAL	$ 2.306.033
2200	566002B	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.377.589
2201	653104B	OOFORECTOMÍA UNILATERAL VÍA VAGINAL	$ 853.813
2202	655102B	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.090.609
2203	659510B	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 634.316
2204	662201B	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 915.275
2205	908408B	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	$ 930.000
2206	908411B	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$ 775.078
2207	908421B	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	$ 1.298.609
2208	570504B	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA POR ABLACIÓN	$ 1.096.864
2209	665001B	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.184.386
2210	864201B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO	$ 765.290
2211	864205B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 1.660.703
2212	881213B	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE MEDIASTINO, TRÁQUEA Y BRONQUIOS	$ 45.658
2213	881302B	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 72.156

2214	521003B	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.226.858
2215	522201B	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	$ 8.722.077
2216	434001B	ESCISIÓN DE PÓLIPOS GÁSTRICOS VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.548.629
2217	438201B	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 9.063.324
2218	438203B	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIN VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 9.063.324
2219	438303B	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA ABIERTA	$ 9.568.508
2220	682404B	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR HISTEROSCOPIA	$ 2.246.942
2221	683111B	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA	$ 3.801.600
2222	691101B	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMÍA	$ 755.693
2223	776402B	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 2.296.494
2224	776702B	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONÉ	$ 3.077.565
2225	044203B	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)	$ 8.114.552
2226	873111B	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 26.726
2227	705110B	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACIÓN DE URETROCELE	$ 851.606
2228	873411B	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 25.445
2229	452304B	MARCACIÓN DE LESIÓN EN COLON VÍA ENDOSCÓPICA	$ 880.176
2230	452401B	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RÍGIDA	$ 580.388
2231	453101B	OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO	$ 1.375.000
2232	454101B	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 8.438.151
2233	599110B	ESCISIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE GRANDES VASOS	$ 3.945.536
2234	601103B	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR SATURACIÓN ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 948.424
2235	601501B	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO VÍA ABIERTA	$ 793.044
2236	879410B	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 160.174
2237	879421B	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 172.650
2238	879520B	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 200.334
2239	881141B	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 33.565
2240	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	$ 8.900.613
2241	384601B	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 4.798.324
2242	998701B	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 300.992
2243	998702B	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 90.000
2244	252506B	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ABIERTA	$ 13.288.568
2245	254002B	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.525.200
2246	776203B	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN HÚMERO	$ 3.015.203
2247	981501B	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO	$ 6.875.000
2248	779601B	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA	$ 5.062.843
2249	384701B	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES	$ 4.946.182
2250	841801B	DESARTICULACIÓN DE CADERA	$ 3.318.508
2251	397701B	EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES	$ 1.354.602
2252	898807B	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)	$ 257.474

2253	529301B	INSERCIÓN DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.260.187
2254	898802B	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO MOLECULAR (ESPECÍFICO)	$ 1.000.000
2255	383201B	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO	$ 3.855.759

ANEXO
PRECIOS TECHOS
GRUPO 2: SERVICIO DE RADIOTERAPIA

ITEM	CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	MENOR VALOR
1	922605B	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	$ 1.500.000
2	922443B	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]	$ 7.000.000
3	922444B	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	$ 14.000.000
4	890488B	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	$ 65.000
5	890387B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	$ 58.500
6	890287B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	$ 65.000
7	922413B	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IGRT]	$ 14.000.000
8	922504B	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)	$ 4.500.000
9	922505B	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL)	$ 5.000.000
10	922447B	IRRADIACION CORPORAL TOTAL (PROCEDIMIENTO DE RADIOTERAPIA EN EL QUE SE USAN RADIACIONES DIRIGIDAS AL VOLUMEN CORPORAL TOTAL DEL PACIENTE DE FORMA HOMOGÉNEA, CON FOTONES DE ALTA ENERGÍA, MEDIANTE EQUIPOS ESPECIALIZADOS Y PLANEACIÓN ESPECIFICA)	$ 36.000.000
11	998702B	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO PROCEDIMIENTO (VALOR POR HORA)	$ 350.000

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Presentación de propuesta para el proceso de selección abreviada de menor **PN RASES8 SA 043 2025** cuyo objeto es **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR"**

Yo (nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una unión temporal o de un consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el representante legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (en el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de unión temporal o consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso de selección abreviada de menor cuantía **PN RASES8 SA 043 2025** cuyo objeto es **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones 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 en el Anexo 1 "especificaciones técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los pliegos de condiciones y de sus anexos y formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los pliegos de condiciones y en la ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
6. Que nos comprometemos a realizar a la LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8 – Unidad Ejecutora, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los pliegos de condiciones para la selección abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los pliegos de condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de las obras que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que las obras que se entregarán a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los pliegos de condiciones, sus anexos, sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.
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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°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 e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al Anexo 5 "minuta del contrato" de los pliegos de condiciones 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8 , por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No, 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°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 o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y 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. Los suscritos (integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
14. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
15. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
16. Que la presente propuesta consta de _____ (número de folios de la propuesta) folios distribuidos en (Número de fólderes en los que es presentada la propuesta) fólderes.
17. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax
18. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
19. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
20. El plazo de ejecución será el establecido en el pliego de condiciones.
21. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente, _____

(Firma del representante legal del proponente.

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: .....

Mediante el presente certifico 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 Único 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 Único Tributario (RUT)
- Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) (si es contratista)
- Fotocopia de la cédula de extranjería, hoja de vida documentada con soporte del 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 presentarle 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 JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Numero

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 Comanditaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Institución de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Pública		Precooperativa	
Sociedad de Hecha		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Ánimo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (S.A.S)		Cooperativa de trabajo asociado			

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

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

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	
RETENCION 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 Extranjero

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

Referencia: **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN** del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA 043 2025 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

El (los) suscrito(s) a saber: (nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente) domiciliado en (domicilio de la persona firmante), identificado con (documento de identificación de la persona firmante. y lugar de expedición), quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, adelanta un proceso de selección abreviada para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de el proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°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 abreviada aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°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.

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. El proponente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de selección abreviada.

1.5. Asimismo, 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,[1] son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

1.6. 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 (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente:

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

NOTA: PARA EL CASO DE OFERTAS CONJUNTAS, SUSCRIBIRÁN EL PRESENTE DOCUMENTO TODAS LOS QUE CONFORMAN EL CONSORCIO, UNIÓN TEMPORAL O PROMESA DE SOCIEDAD A TRAVÉS DEL INTEGRANTE, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO.

_____

Representante Legal proponente
Nombre:
Documento Identidad:

FORMULARIO No. 4

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
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 043 2025 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

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

PRIMERO: Que adelanta un proceso de contratación para la celebración de un contrato estatal la ejecución del proyecto que tiene por objeto "**SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

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

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.
EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** revelada por **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD** 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8** 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 **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8.**
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, involucrara o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **CONTRATO**.
7. **El PROPONENTE** mantendrá una lista de usuarios de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que será entregada a **EL PROPONENTE** cuando ella lo solicite.
8. Utilizar única y exclusivamente **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el **CONTRATO.**
9. No utilizar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **CONTRATO**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.
10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **CONTRATO**.
11. No usar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8.**
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 **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8**.
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.

_____

Representante Legal proponente
Nombre:
Documento Identidad:

FORMULARIO No. 5
EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA 043 2025** cuyo objeto es: **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR"**

EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.

CONSECUTIVO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD *			% PART	VALOR CONTRATO EXPRESADO	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN PRESENTADA EN LA OFERTA	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA EXPERIENCIA EN EL RUP.
				I	UT	C				
1	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
2	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
3	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
4	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
5	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
TOTAL								00		

*** I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO**

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

FORMULARIO No. 6

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

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
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
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 043 2025** cuyo objeto es: **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

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:

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

_____

Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

FORMULARIO No. 8
CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
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 043 2025** cuyo objeto es: **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR. "** 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 ☐ 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

FORMULARIO No. 9
INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
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): _____.

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

(condición técnica)

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR
Ciudad.

Referencia: Certificado de capacidad operacional del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA 043 2025** cuyo objeto es: **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

Yo,_____, Representante de la Firma_____, identificado con c.c._____ de _____certifico que la firma que represento, Cuenta con la infraestructura, recursos técnicos y tecnológicos y disponibilidad e idoneidad del personal, necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

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
seleccionar la fecha.

FORMULARIO No. 11

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8
Ciudad.

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso **PN RASES 8 SA 043 2025**, cuyo objeto es **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVA".** 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

FORMULARIO No. 12

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

Referencia: origen licito de recursos del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número PN RASES8 SA 043 2025 cuyo objeto es **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

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

_____
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

FORMULARIO No. 13

FORMATO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: Sostenimiento de precios del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número PN RASES8 SA 043 2025 Cuyo objeto es: **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

La firma _____ se compromete a sostener los precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

_____
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

FORMULARIO No. 14

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURÍDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: certificado de inhabilidad e incompatibilidad del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número PN RASES 8 SA 043 2025 cuyo objeto es: **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con NIT No_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICÍA BOLIVAR). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

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. 15

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA NATURAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: certificado de inhabilidad e incompatibilidad del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número PN RASES8 SA 043 2025 cuyo objeto es: **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con NIT No_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICÍA BOLIVAR). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

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 telefonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 16

FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
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 menor cuantía **PN RASES8 SA 043 2025** cuyo objeto es **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante, identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, 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 4° y artículo 7°, 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.

1.2.3. 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 No. 17
BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES (verificación técnica)

Ciudad, seleccionar la fecha

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

El suscrito_____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente (llantas para vehículos, baterías, luminaria de todo tipo, químicos, aceites...), con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.

a) Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.

b) Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.

El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.

c) Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.

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

FORMULARIO No. 18
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO APORTES PARAFISCALES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad

Ref.: Proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía No **PN RASES8 SA 043 2025 cuyo objeto es SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**
Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ representante legal de la Empresa_____ con Nit №_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago №_____ que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado cuyo objeto es **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PARA ONCOLOGÍA CLÍNICA, HEMATOLOGÍA- HEMATOLOGIA ONCOLOGÍCA, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, UROLOGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACION ONCOLOGICA Y RESTO DE SUBESPECIALIDADES ONCOLÓGICA, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS; GRUPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO, COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO SON SERVICIO PATOLOGÍA, RADIOTERAPIA ,QUIMIOTERAPIA,SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR.**

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el numero de la tarjeta profesional
(Anexar fotocopia de la cédula, tarjeta profesional y antecedentes de la junta central de contadores)

FORMULARIO No. 19

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO (verificación técnica)

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, 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
Cédula de Ciudadanía
Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:
Profesión
Universidad:
No. de Registro Profesional
Título Obtenido
Especializaciones:
Tiempo de Experiencia en la Profesión:
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente
_____ _____
Firma del Profesional Firma del Representante Legal

NOTA: Junto a este formato se debe anexa los diplomas que acreditan los estudios enunciados, tarjetas profesionales, y si estudiaron en el exterior deben presentar la documentación que demuestre la homologación correspondiente.

ENTIDAD _____ **NIT** _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____
C. C: _____ **EXPEDIDA:** _____
E- MAIL _____ **TELEFONO** _____

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL