SI JOHN CARRILLO HOYOS
Responsable Servicio Imágenes UPRES DEATA
Estructurador de Estudios Previos

Mayor CESAR LEONARDO VELASQUEZ RIOS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Atlántico

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista, aplican para el presente proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS MEDIANTE TECNICAS COMO RADIOLOGIA CONVENCIONAL, ECOGRAFIAS, TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS, MAMOGRAFIAS, MEDICINA NULCEAR Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

Aplica	**Anexos** (Los anexos se imprimen junto con el estudio previo)
☐	Certificación de la necesidad
☐	Especificaciones técnicas mínimas
☐	Constancia de idoneidad y experiencia (aplica para prestación de servicios profesionales)
☐	Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías
☐	Análisis del riesgo y forma de mitigarlo.
☐	Ficha técnica
☐	Obligaciones de la policía nacional (no aplica para mínima cuantía)
☐	Obligaciones del contratista (no aplica para mínima cuantía)

Aplica	**Formularios adjuntos al estudio previo** (Seleccionar los formatos que aplican para el proceso de selección)
☐	Factores de verificación y ponderación.
☐	Apoyo a la industria nacional
☐	Indicación de trato nacional
☐	Experiencia del proponente
☐	Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia
☐	Clasificación proponente extranjero
☐	Acuerdo de confidencialidad (obligatorio)
☐	Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (obligatorio)
☐	Compromiso anticorrupción (obligatorio)
☐	Capacidad financiera
☐	Certificación de compromiso del fabricante y/o oferente
☐	Certificación de la capacidad técnica
☐	Personal, experiencia y tiempos de dedicación mínimos
☐	Carta de compromiso postventa

Otros documentos adjuntos al Estudio Previo

(Relacionar los demás documentos que sean necesarios y no se encuentren incluidos en la presente lista, tales como, conceptos ambientales, indicadores financieros, conceptos jurídico-catastrales, certificación de verificación de tratados internacionales, solicitud de cotización, cotizaciones, plan de compras, GDP, documentos de vigencias futuras, escrituras públicas, licencias de construcción, licencias ambientales, permisos especiales, documentos anexos que permitan dar cumplimiento al decreto 1072 de 2015, en cuanto a los requisitos relacionados con la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo para los contratistas, entre otros)

Otros _____

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	

En mi calidad de jefe de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico, y en atención a que la unidad no cuenta como satisfacer nuestra necesidad y demanda de nuestros usuarios en cuanto a los servicios hospitalarios ya que esta unidad de salud es de un nivel básico o I nivel, se hace necesario adelantar los estudios previos con el fin de contratar la **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS GRUPOS; 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍAS, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

Manifiesto que se hace necesario la contratación de dichos servicios los cuales se encuentran contemplados en el Plan anual de adquisiciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 para la presente vigencia 2026, y de esta manera garantizar la accesibilidad, continuidad y oportunidad de los mencionados servicios de salud a nuestros usuarios y beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Atlantico.

Se expide la presente a los _____días del Mes _____ del año 2026.

Atentamente,

Mayor **CESAR LEONARDO VELASQUEZ RIOS**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Atlántico

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

NOTA INFORMATIVA:

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

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

IMÁGENES IONIZANTES

ITEM	CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN CUMPLIR LOS OFERENTES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso. Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista (oferente), y recibido a satisfacción de todos los servicios o elementos contratados. Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. NOTA 1: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, verificará la información según lo señalado en el Decreto 019 de 2012		
02	El oferente deberá acreditar la idoneidad del recurso humano profesional en cada área de trabajo aportando la hoja de vida del siguiente personal: **OFERTAR EL RECURSO HUMANO:**		

	LOTE 1 IMÁGENES IONIZANTES RECURSO HUMANO MÍNIMO: Médico especialista en Radiología e Imagenología — CANTIDAD: 2 RECURSO HUMANO MÍNIMO: Tecnólogo en Radiología e Imagenología — CANTIDAD: 2 Para el cumplimiento de lo anterior, debe aportar con su oferta lo siguiente: • El Anexo **FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO** debidamente diligenciado por cada profesional. • Fotocopia del Título de educación profesional (pregrado), especialidad, subespecialista y/o su certificación de Homologación y/o Convalidación del título, si fue obtenido (a) en el exterior. NOTA: para el personal profesional, especialista o subespecialista según corresponda) • Fotocopia de la tarjeta profesional. • El personal debe estar registrado en el RETHUS. **NOTA:** El supervisor del contrato verificará durante la ejecución del contrato, la idoneidad del personal profesional contratado en aras de garantizar la idoneidad para una óptima prestación de servicio, de igual forma que el futuro contratista garantice la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la especialidad ofertada, sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato.		
03	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El oferente deberá certificar que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos humanos necesarios e idóneos para la prestación del servicio en las sedes, en cuya dirección oferto en su propuesta, de los cuales deben estar debidamente habilitados en el Ministerio de Salud y Protección Social (Diligenciamiento de formulario capacidad operativa y administrativa). El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: *"Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes".*		
04	**HABILITACIÓN:** El oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015. El oferente deberá anexar la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019:		

<table>
<tr><td></td><td>

LOTE 1 IMÁGENES IONIZANTES

<table>
<tr><th>NOMBRE DEL SERVICIO</th><th>CÓDIGO DEL SERVICIO</th></tr>
<tr><td>IMÁGENES DIAGNOSTICAS- IONIZANTES</td><td>744</td></tr>
</table>

Sujeto a verificación por el comité técnico, el SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio.

El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "*Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes*".

En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.
</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>05</td><td>

RECURSO APOYO TECNOLÓGICO:

Para prestar el servicio el proponente deberá contar con los siguientes equipos de apoyo tecnológico.

<table>
<tr><th colspan="2">IMÁGENES - IONIZANTES</th></tr>
<tr><th>Equipos requeridos</th><th>Potencia mínima requerida</th></tr>
<tr><td>Equipo de rayos X (Digital o convencional)</td><td>Generador de 50 KW</td></tr>
<tr><td>Fluoroscopio digital (Arco en C)</td><td>Generador de 80-100 KW</td></tr>
<tr><td>Mamógrafo</td><td>Generador de alta frecuencia</td></tr>
<tr><td>TC Multidetector</td><td>Mínimo 16 cortes (idealmente 64) para AngioTC</td></tr>
</table>

Asimismo, debe presentar soporte de certificado de calibración a los equipos que ameriten, cronograma y certificado de mantenimiento del año en curso y hojas de vida
</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>06</td><td>El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta diligenciado el formulario de compromiso SGSST firmado por el representante legal de la empresa, anexo al presente estudio previo.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>07</td><td>

SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de
</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias De acuerdo a lo anterior deberá certificar con firma del representante legal que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social		
08	EVENTOS ADVERSOS Los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del mismo, entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecno vigilancia de MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO: "*Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico*". SI llegasen a ocurrir algunos eventos adversos a un usuario del subsistema de salud de la policía nacional, este reporte es de carácter obligatorio durante los primeros cinco días de cada mes. La oficina de Garantía y Calidad realizará los respectivos tramites, de lo aquí consagrado.		
09	PROGRAMA DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS El oferente certificara que se compromete a cumplir con el programa de ***GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS*** regulados mediante la presente normatividad: • ***Ley 1252 de 2008*** "*Por medio de la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos o desechos peligrosos*". • ***Resolución 591 del 2024*** "*Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades*". • **Decreto 1076 de 2015** "*Por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible*" • **Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019** "*Por la cual se modifica la resolución 668 de 12016 sobre el uso racional de las bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones*". • **Decreto 351 del 19 de febrero de 2014** "*Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.*		
10	CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1011 DE 2006. Los oferentes aportaran certificación firmada por el representante legal donde certifican que cumplen con el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO PAMEC como **"el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud"** que reciben los usuarios.		
11	ADICIÓN DE SERVICIOS:		

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

	con la ley, con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades, así como los programas desarrollados.		
15	PRESTAR LOS SERVICIOS SIN NINGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN: El oferente certificara que prestara los servicios objeto del presente contrato sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres		
16	LINEAMIENTOS DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS: El futuro proponente deberá certificar que acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
17	CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL: **El futuro oferente deberá certificar**: Que dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. Que sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial. De igual forma se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información		

	de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial		
18	EL FUTURO OFERENTE DEBERÁ CERTIFICAR: Que se compromete a enviar todos los días 30 de cada mes al supervisor del contrato con copia al grupo de redes integrales de la unidad prestadora de salud Atlantico certificación suscrita por el representante legal donde se vislumbre la ejecución del contrato, por lo tanto, deberá contener: • VALOR EJECUTADO EN EL MES • VALOR TOTAL EJECUTADO • VALOR POR EJECUTAR • PORCENTAJE % DE EJECUCION		
19	POLITICA DE HUMANIZACIÓN El oferente garantizara que tiene implementado dentro de su IPS la política de trato humanizado para los pacientes, lo cual es fundamental en la interacción entre pacientes y el personal sector salud, de tal manera que se respete el goce efectivo del derecho a la salud, la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas		
20	PROFESIONAL ENLACE El OFERENTE designará un funcionario como interlocutor entre la Entidad contratada y supervisor del contrato, quien, en coordinación con este último, solucionará los inconvenientes y/o novedades presentadas, igualmente agilizará algún trámite o requerimiento por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8. Nombres y apellidos: Cargo: Numero celular: Correo electrónico: Nota: Este funcionario deberá estar disponible y atender los medios tecnológicos (celular, correo electrónico) dispuestos para la correcta ejecución del contrato.		
21	CERTIFICACION REEMPLAZO DE PROFESIONAL El oferente **CERTIFICARÁ por escrito**; que contará con reemplazo de los profesionales ante cualquier eventualidad (vacaciones, licencias y demás novedades imprevistas con el personal de profesionales; para equipos dañados y/o averiados) sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato, garantizando la continuidad, accesibilidad y oportunidad ofertada, notificando al supervisor del contrato inmediatamente del evento presentado; y, suministrando los datos del profesional que va a generar el reemplazo. El reemplazo no puede superar los 08 días calendarios, de la fecha de agendamiento inicialmente notificada a los usuarios, SO PENA DE INCUMPLIMIENTO.		
22	La Unidad Prestadora de Salud Atlántico por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas.		

	Durante la visita se realizará registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité, para lo cual la entidad deberá CERTIFICAR que autoriza la realización de la visita y la realización del registro fotográfico, también informará la persona con la que se coordinará la visita a la entidad. Nombre: Cédula: Cargo: Teléfono:		
	EJECUCIÓN CONTRACTUAL Y RADICACIÓN DE FACTURA El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8 – Unidad Prestadora de Salud Atlántico, que una vez ejecutado el 100% del presupuesto del presente contrato, NO continuará prestando los servicios de salud, SALVO, que se trate de caso de urgencias debidamente justificadas, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (Atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias, en sólo triage 1 y/o 2). Los servicios prestados por fuera del contrato, que no cumplan con estas condiciones; no son compromisos de la unidad prestadora de salud Atlantico y éstos serán asumidos por el oferente. Cabe resaltar que en este caso, el Contratante no será responsable si el futuro oferente realiza una sobre ejecución del contrato por la demora en el proceso de radicación de facturas, las cuales deberán realizarse de manera mensual (los primeros cinco (5) días de cada mes), conforme a la prestación de los servicios generados en el mes inmediatamente anterior, por lo tanto, El OFERENTE se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional - Regional de Aseguramiento de Salud N° 8 - Unidad Prestadora de Salud Atlantico, de cualquier reclamación proveniente por una eventual sobre ejecución.		
	El oferente por ningún medio solicitará a los usuarios del SSPN dinero para el PAGO o COPAGO de servicios de salud. La IPS ordenará medicamento pertinente, servicio o procedimiento, acorde a las GPC o protocolos establecidos, y aquellas contempladas en el Acuerdo 093 del 08 de octubre 2025 (Plan de Servicios y Tecnología en Salud del Subsistema de la Policía Nacional) y llegado el caso el servicio no esté incluido en dicho plan, se debe diligenciar para presentar al EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales en Salud) el formato del anexo 1 y anexo 6 servicios y/o tecnologías respectivamente de la Resolución 593 del 13 de diciembre de 2023 de DISAN.		
	Reportar al área de garantía de la Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, el reporte mensual de los indicadores, de conformidad a la Resolución 1446 de 2006 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" en lo referente a los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC. El correo para envío será notificado por parte del supervisor del contrato, una vez se notifique del mismo.		
	COMPROMISO AMBIENTAL: El oferente deberá diligencia el *formulario de compromiso ambiental*, donde se deberá comprometer a realizar 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, durante la ejecución del futuro contrato.		

	SUMINISTRO DE HISTORIA CLINICA PARA PROCESO DE AUDITORIA Y/O TRANSCRIPCION DE INCAPACIDADES Cuando por casos de requerimientos judiciales, inconformidades, quejas, reclamos y/o trámites de auditoría y verificación de la atención en la red contratada, se requiera acceder y verificar la atención de los usuarios; la entidad proporcionará usuario de acceso a la plataforma de atención; o, en su defecto si no cuenta con dicha plataforma, remitirá soportes de la atención requerida al correo institucional del proceso de auditoría que lo requiera. Lo anterior con el fin de garantizar el proceso de Contra referencia y registro de atenciones de red externa en el aplicativo institucional SISAP. El oferente se compromete a remitir dentro de las 48 siguientes a la solicitud, los soportes requeridos dentro del proceso de auditoría médica.		
	FUNCIONARIO CALL CENTER Y PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS: El oferente designará un funcionario; quien se encargará de interactuar con el responsable de atención al usuario del asegurador, responsable de Redes integrales y de referencia y contra referencia, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico: Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contra referencia de usuarios, asignación de citas de consulta externa, programación de procedimientos de apoyo diagnósticos y terapéuticos, procedimientos quirúrgicos ambulatorios; y todos aquellos que se presenten durante la ejecución del contrato.		
	ATENCIÓN INTRAMURAL La prestación de los servicios objeto del presente proceso, se debe prestar bajo la MODALIDAD INTRAMURAL, POR CUANTO NO SE PODRÁ DERIVAR a los usuarios a realizar trámites de agendamiento, a otras instituciones diferente a la Contratada. Así mismo, los usuarios no tendrán que realizar trámites administrativos; como gestión de voucher, recibos de caja, entre otros, con el fin de efectuar la admisión para la atención; siendo la orden de autorización emitida por la oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8-UPRES DEATA, el único soporte que avala la certificación de autorización para la prestación en la red externa contratada.		
	ATENCIÓN INTRAMURAL La prestación de los servicios objeto del presente proceso, se debe prestar bajo la MODALIDAD INTRAMURAL, POR CUANTO NO SE PODRÁ DERIVAR a los usuarios a realizar trámites de agendamiento, a otras instituciones diferente a la Contratada.		

	Así mismo, los usuarios no tendrán que realizar trámites administrativos; como gestión de voucher, recibos de caja, entre otros, con el fin de efectuar la admisión para la atención; siendo la orden de autorización emitida por la oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8-UPRES DEATA, el único soporte que avala la certificación de autorización para la prestación en la red externa contratada.		
	FUNCIONARIO PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS: El oferente designará un funcionario; quien se encargará de interactuar con el responsable de atención al usuario del asegurador, responsable de Redes integrales y de referencia y contra referencia, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico: Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contra referencia de usuarios, programación de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico y todos aquellos que se presenten durante la ejecución del contrato		

LOTE 2 IMÁGENES NO IONIZANTES

ITEM	CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN CUMPLIR LOS OFERENTES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso. Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista (oferente), y recibido a satisfacción de todos los servicios o elementos contratados. Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. NOTA 1: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, verificará la información según lo señalado en el Decreto 019 de 2012		



<table>
<tr>
<td>02</td>
<td>El oferente deberá acreditar la idoneidad del recurso humano profesional en cada área de trabajo aportando la hoja de vida del siguiente personal:

OFERTAR EL RECURSO HUMANO:

LOTES 2 IMÁGENES NO IONIZANTES

<table>
<tr><th>RECURSO HUMANO MÍNIMO</th><th>CANTIDAD</th></tr>
<tr><td>Médico especialista en Radiología e Imagenología</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Tecnólogo en Radiología e Imagenología</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Médico especialista en Ginecología y obstetricia, diplomado en ultrasonido ginecológico y obstétrico.</td><td>1</td></tr>
</table>

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

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

NOTA: El supervisor del contrato verificará durante la ejecución del contrato, la idoneidad del personal profesional contratado en aras de garantizar la idoneidad para una óptima prestación de servicio, de igual forma que el futuro contratista garantice la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la especialidad ofertada, sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>CAPACIDAD OPERATIVA: El oferente deberá certificar que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos humanos necesarios e idóneos para la prestación del servicio en las sedes, en cuya dirección oferto en su propuesta, de los cuales deben estar debidamente habilitados en el Ministerio de Salud y Protección Social (Diligenciamiento de formulario capacidad operativa y administrativa).

El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes".</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>04</td>
<td>HABILITACIÓN:

El oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

El oferente deberá anexar la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>

LOTE 2 IMÁGENES NO IONIZANTES

NOMBRE DEL SERVICIO	CÓDIGO DEL SERVICIO
IMÁGENES DIAGNOSTICAS- NO IONIZANTES	745

Sujeto a verificación por el comité técnico, el SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio.

El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "*Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes*".

En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>05</td><td>

RECURSO APOYO TECNOLÓGICO:

Para prestar el servicio el proponente deberá contar con los siguientes equipos de apoyo tecnológico.

IMÁGENES-NO IONIZANTES	
Equipos requeridos	**Potencia mínima requerida**
Ecógrafo de alta resolución	Que cuente con transductores de ≥ 7 MHz
RM de alto campo	Mínimo 1.5 Tesla (T), idealmente de 3T para estudios avanzados

Asimismo, debe presentar soporte de certificado de calibración a los equipos que ameriten, cronograma y certificado de mantenimiento del año en curso y hojas de vida

</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>06</td><td>El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta diligenciado el formulario de compromiso SGSST firmado por el representante legal de la empresa, anexo al presente estudio previo.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>07</td><td>

SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias

</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	De acuerdo a lo anterior deberá certificar con firma del representante legal que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social		
08	EVENTOS ADVERSOS Los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del mismo, entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecno vigilancia de MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO: "*Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico*". Si llegasen a ocurrir algunos eventos adversos a un usuario del subsistema de salud de la policia nacional, este reporte es de carácter obligatorio durante los primeros cinco dias de cada mes. La oficina de Garantia y Calidad realizará los respectivos tramites, de lo aqui consagrado.		
09	PROGRAMA DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS El oferente certificara que se compromete a cumplir con el programa de ***GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS*** regulados mediante la presente normatividad: • ***Ley 1252 de 2008*** "*Por medio de la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos o desechos peligrosos*". • ***Resolución 591 del 2024*** "*Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades*". • **Decreto 1076 de 2015** "*Por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible*" • **Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019** "*Por la cual se modifica la resolución 668 de 12016 sobre el uso racional de las bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones*". • **Decreto 351 del 19 de febrero de 2014** "*Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.*		
10	CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1011 DE 2006. Los oferentes aportaran certificación firmada por el representante legal donde certifican que cumplen con el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO PAMEC como **"el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud"** que reciben los usuarios.		
11	ADICIÓN DE SERVICIOS: En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o Equipo Interdisciplinarios Profesional de la		

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

	solicitada, verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades, así como los programas desarrollados.		
15	PRESTAR LOS SERVICIOS SIN NINGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN: El oferente certificara que prestara los servicios objeto del presente contrato sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres		
16	LINEAMIENTOS DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS: El futuro proponente deberá certificar que acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
17	CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL: **El futuro oferente deberá certificar**: Que dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. Que sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial. De igual forma se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial		
18	EL FUTURO OFERENTE DEBERÁ CERTIFICAR: Que se compromete a enviar todos los días 30 de cada mes al supervisor del contrato con copia al		

	grupo de redes integrales de la unidad prestadora de salud Atlantico certificación suscrita por el representante legal donde se vislumbre la ejecución del contrato, por lo tanto, deberá contener: • VALOR EJECUTADO EN EL MES • VALOR TOTAL EJECUTADO • VALOR POR EJECUTAR • PORCENTAJE % DE EJECUCION		
19	**POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN** El oferente garantizara que tiene implementado dentro de su IPS la política de trato humanizado para los pacientes, lo cual es fundamental en la interacción entre pacientes y el personal sector salud, de tal manera que se respete el goce efectivo del derecho a la salud, la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas		
20	Teniendo en cuenta que los proponentes al momento de presentar sus ofertas muchas de las veces relacionan los Números de Celular y/o fijos privados causando traumatismos para nuestros usuarios al momento de solicitar citas o programación de procedimientos, se requiere que el futuro proponente certifique lo siguiente: 1. Nombre de Persona o funcionario de enlace entre nuestra entidad y el futuro contratante relacionado un abonado telefónico para sea ubicable ante cualquier requerimiento por parte del supervisor del contrato. 2. Dirección exacta de la sede donde nuestros usuarios se realizarán los estudios y procedimientos. 3. Numero de Celular y Fijo donde Nuestros usuarios podrán llamar para apartar, cancelar o programar sus citas u exámenes **PROFESIONAL ENLACE** El OFERENTE designará un funcionario como interlocutor entre la Entidad contratada y supervisor del contrato, quien, en coordinación con este último, solucionará los inconvenientes y/o novedades presentadas, igualmente agilizará algún trámite o requerimiento por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8. Nombres y apellidos: Cargo: Numero celular: Correo electrónico: Nota: Este funcionario deberá estar disponible y atender los medios tecnológicos (celular, correo electrónico) dispuestos para la correcta ejecución del contrato.		
21	**REEMPLAZO DE PROFESIONAL:** El oferente CERTIFICARA por escrito que contara con reemplazo de los profesionales ante cualquier eventualidad (vacaciones, licencias y demás novedades imprevistas con el personal de profesionales; para equipos dañados y/o averiados) sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato, garantizando la continuidad, accesibilidad y oportunidad ofertada.		

	CERTIFICACION REEMPLAZO DE PROFESIONAL El oferente **CERTIFICARÁ por escrito**; que contará con reemplazo de los profesionales ante cualquier eventualidad (vacaciones, licencias y demás novedades imprevistas con el personal de profesionales; para equipos dañados y/o averiados) sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato, garantizando la continuidad, accesibilidad y oportunidad ofertada, notificando al supervisor del contrato inmediatamente del evento presentado; y, suministrando los datos del profesional que va a generar el reemplazo. El reemplazo no puede superar los 08 dias calendarios, de la fecha de agendamiento inicialmente notificada a los usuarios, SO PENA DE INCUMPLIMIENTO.		
22	La Unidad Prestadora de Salud Atlántico por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas. Durante la visita se realizará registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité, para lo cual la entidad deberá CERTIFICAR que autoriza la realización de la visita y la realización del registro fotográfico, también informará la persona con la que se coordinará la visita a la entidad. Nombre: Cédula: Cargo: Teléfono:		
	EJECUCIÓN CONTRACTUAL Y RADICACIÓN DE FACTURA El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8 – Unidad Prestadora de Salud Atlántico, que una vez ejecutado el 100% del presupuesto del presente contrato, NO continuará prestando los servicios de salud, SALVO, que se trate de caso de urgencias debidamente justificadas, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (Atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias, en sólo triage 1 y/o 2). Los servicios prestados por fuera del contrato, que no cumplan con estas condiciones; no son compromisos de la unidad prestadora de salud Atlántico y éstos serán asumidos por el oferente. Cabe resaltar que en este caso, el Contratante no será responsable si el futuro oferente realiza una sobre ejecución del contrato por la demora en el proceso de radicación de facturas, las cuales deberán realizarse de manera mensual (los primeros cinco (5) dias de cada mes), conforme a la prestación de los servicios generados en el mes inmediatamente anterior, por lo tanto, El OFERENTE se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional - Regional de Aseguramiento de Salud N° 8 - Unidad Prestadora de Salud Atlántico, de cualquier reclamación proveniente por una eventual sobre ejecución.		
	El oferente por ningún medio solicitará a los usuarios del SSPN dinero para el PAGO o COPAGO de servicios de salud. La IPS ordenará medicamento pertinente, servicio o procedimiento, acorde a las GPC o protocolos establecidos, y aquellas contempladas en el Acuerdo 093 del 08 de octubre 2025 (Plan de Servicios y Tecnología en Salud del Subsistema de la Policía Nacional) y llegado el caso el servicio no esté incluido en dicho plan, se debe diligenciar para presentar al EIPS (Equipo Interdisciplinario de		

	Profesionales en Salud) el formato del anexo 1 y anexo 6 servicios y/o tecnologías respectivamente de la Resolución 593 del 13 de diciembre de 2023 de DISAN.		
	Reportar al área de garantía de la Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, el reporte mensual de los indicadores, de conformidad a la Resolución 1446 de 2006 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" en lo referente a los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC. El correo para envío será notificado por parte del supervisor del contrato, una vez se notifique del mismo.		
	COMPROMISO AMBIENTAL: El oferente deberá diligencia el *formulario de compromiso ambiental*, donde se deberá comprometer a realizar 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, durante la ejecución del futuro contrato.		
	SUMINISTRO DE HISTORIA CLINICA PARA PROCESO DE AUDITORIA Y/O TRANSCRIPCION DE INCAPACIDADES Cuando por casos de requerimientos judiciales, inconformidades, quejas, reclamos y/o trámites de auditoria y verificación de la atención en la red contratada, se requiera acceder y verificar la atención de los usuarios; la entidad proporcionará usuario de acceso a la plataforma de atención; o, en su defecto si no cuenta con dicha plataforma, remitirá soportes de la atención requerida al correo institucional del proceso de auditoría que lo requiera. Lo anterior con el fin de garantizar el proceso de Contra referencia y registro de atenciones de red externa en el aplicativo institucional SISAP. El oferente se compromete a remitir dentro de las 48 siguientes a la solicitud, los soportes requeridos dentro del proceso de auditoría médica.		
	FUNCIONARIO CALL CENTER Y PROGRAMACION DE SERVICIOS: El oferente designará un funcionario; quien se encargará de interactuar con el responsable de atención al usuario del asegurador, responsable de Redes integrales y de referencia y contra referencia, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico: Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contra referencia de usuarios, asignación de citas de consulta externa, programación de procedimientos de apoyo diagnósticos y terapéuticos, procedimientos quirúrgicos ambulatorios; y todos aquellos que se presenten durante la ejecución del contrato.		

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	

	ATENCION INTRAMURAL La prestación de los servicios objeto del presente proceso, se debe prestar bajo la MODALIDAD INTRAMURAL, POR CUANTO NO SE PODRÁ DERIVAR a los usuarios a realizar trámites de agendamiento, a otras instituciones diferente a la Contratada. Así mismo, los usuarios no tendrán que realizar trámites administrativos; como gestión de voucher, recibos de caja, entre otros, con el fin de efectuar la admisión para la atención; siendo la orden de autorización emitida por la oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8-UPRES DEATA, el único soporte que avala la certificación de autorización para la prestación en la red externa contratada.		
	FUNCIONARIO PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS: El oferente designará un funcionario; quien se encargará de interactuar con el responsable de atención al usuario del asegurador, responsable de Redes integrales y de referencia y contra referencia, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico: Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contra referencia de usuarios, programación de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico y todos aquellos que se presenten durante la ejecución del contrato		

SI JOHN CARRILLO HOYOS
Responsable servicio de Imágenes UPRES DEATA
Estructurador de los estudios previos

Mayor CESAR LEONARDO VELASQUEZ RIOS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Atlántico

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
FACTORES DE VERIFICACION Y PONDERACION	

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACION

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

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

Las propuestas serán evaluadas técnicamente teniendo en cuenta los factores indicados a continuación sobre una asignación total de **500 puntos**.

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

- ✓ **OPORTUNIDAD EN LA ATENCION**
- ✓

Se otorgarán **150 puntos** máximo al proponente que, mediante certificación firmada por el representante legal, garantice la oportunidad en la entrega de resultados

CRITERIO	RANGO	PUNTAJE	MARCAR
Oportunidad en la asignación de citas, una vez la entidad contratada recepcione la autorización por parte del paciente.	Entre 1 a 5 días hábiles	**150 puntos**	
	Entre 6 a 10 días hábiles	**50 puntos**	
	Entre 11 a 15 días hábiles	**25 puntos**	

NOTA: El oferente solamente debe marcar una (1) de las tres (3) opciones, con el fin de poder otorgar puntaje de lo contrario, no se tendrá en cuenta.

- ✓ **OPORTUNIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO O TERAPÉUTICOS**

Se otorgarán **150 puntos** máximo al proponente que, mediante certificación firmada por el representante legal, garantice y se comprometa a la entrega de los **RESULTADOS DE LOS DIFERENTES EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN IMÁGENES IMPRESAS O QUE CUANTE CON UNA PLATAFORMA VIRTUAL,** ***SIN NINGÚN COSTO ADICIONAL*** para el usuario paciente o para la unidad prestadora de salud Atlántico.

CRITERIO	INSUMO	PUNTAJE
Se le otorga puntaje al oferente que entregue los resultados de los diferentes exámenes y procedimientos realizados en Imágenes impresas o que cuente con una plataforma virtual donde el usuario pueda descargar sus reportes sin complicación.	Imagen impresa o plataforma virtual	**150 puntos**

con plataforma para consulta de los resultados, ***sin ningún costo adicional***		

✓ **OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS REALIZADOS**

Se otorgará **95 PUNTOS** al proponente que oferte la oportunidad en la entrega de resultados de los procedimientos diagnosticos realizados.

	OPORTUNIDAD	PUNTAJE	MARCAR
Se le otorgara puntaje al oferente que oferte la oportunidad en la entrega de resultados de los procedimientos diagnosticos realizados asi:	Entre 1 a 24 Horas	95 puntos	
	Entre 24 a 48 Horas	45 puntos	
	Mas de 48 Horas	20 puntos	

NOTA: El oferente solamente debe marcar una (1) de las tres (3) opciones, con el fin de poder otorgar puntaje de lo contrario, no se tendrá en cuenta.

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

OFRECE	
SI	NO

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

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

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

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

I. Las propuestas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios nacionales de origen nacional inferior al 50% de los recursos, obtendrán (10) puntos.

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

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

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

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

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

OFRECE	
SI	NO

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

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

ITEM Descripción Puntaje
PARTICIPACIÓN DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS 2.5

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

5. Cuando más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenezcan a mujeres y los derechos de propiedad hayan pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde conste la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación.

6. Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos

el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel.

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

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

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

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

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

Parágrafo. Respecto a los incentivos contractuales para los emprendimientos y empresas de mujeres, las certificaciones de trata el presente articulo deben expedirse bajo la gravedad de juramento con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección. Para que el Proponente obtenga este puntaje deberá diligenciar el Formulario FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN el cual será publicado en la sección documentos del proceso en la plataforma SECOP II, donde manifieste bajo la gravedad de juramento que el personal ofrecido y su compromiso de vincular a dichas personas en caso de resultar adjudicatario del proceso y aportar la documentación requerida.

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

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

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

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

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

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

OFRECE	
SI	NO

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

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

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

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS	

En concordancia con lo establecido **Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015** que define los parámetros de mecanismos de cobertura, los proponentes se comprometen a constituir a nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, pólizas de garantia o pólizas de cubrimiento de riesgos según lo señalado en el siguiente cuadro:

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA PRECONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA DE SERIEDAD	RIESGO JURIDICO	LA NO SUSCRIPCION DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA	DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL PRESUPUESTO OFICIAL.	PROPONENTE SELECCIONADO.	DESDE LA PRESENTACION DE LA OFERTA Y POR CUATRO (4) MESES MAS.	AMPARA LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR EL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL PRESUPUESTO OFICIAL DESDE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y POR CUATRO 4) MESES MÁS.
	RIESGO JURIDICO	LA NO AMPLIACION DE LA VIGENCIA DE LA GARANTIA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TERMINO PREVISTO EN LA INVITACION PARA LA ADJUDICACION DEL CONTRATO SE PRORROGUE O CUANDO EL TERMINO PREVISTO PARA LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO SE PRORROGUE SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRORROGAS NO EXCEDAN UN TERMINO DE TRES MESES.				
	RIESGO JURIDICO	LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.				
	RIESGO JURIDICO	EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUES DE VENCIDO EL TERMINO FIJADO PARA LA PRESENTACION DE LAS OFERTAS.				

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. ARTÍCULO 2.2.1.2 .3.1.12	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIÓ EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE	Ampara el riesgo de incumplimiento durante el plazo de ejecución y liquidación del contrato la estimación del riesgo cubre el 20% del valor del contrato como quiera que se pretende el pago parcial o definitivo de los perjuicios que cause a la entidad en los mismos términos de la cláusula penal pecuniaria.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO ARTÍCULO 2.2.1.2 .3.1.15.	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZ DE EJECUCCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE	Ampara a la entidad de los perjuicios derivados del deficiente servicio prestado por el contratista durante la vigencia del contrato.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE	Ampara a la entidad de los perjuicios que se le ocasione como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que este obligado el contratista derivadas de la contratación del

		ARTICULO 2.2.1.2 .3.1.13.			SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	personal utilizados para la ejecución del contrato.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL ARTÍCULO 2.2.1.2 .3.1.17.	428 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución de contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas. La póliza deberá contener como mínimo, en adición a la cobertura básica de predios, labores y operaciones los amparos contemplados en el artículo 2.2.1.2.3.2.9, numeral 3 del Decreto 1082 de 2015

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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

SI JOHN CARRILLO HOYOS
Responsable servicio de Imágenes UPRES DEATA
Estructurador de los estudios previos

Mayor CESAR LEONARDO VELASQUEZ RIOS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Atlántico

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

Se desarrolla la matriz de riesgos conforme con los parámetros que para el efecto, se ha dispuesto en el Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación - versión 1 disponible en el portal único de contratación www.colombiacompra.gov.co, estructurado por la Agencia de Contratación Colombia Compra Eficiente, el cual es incluido en este aparte como soporte del análisis realizado, atendiendo los lineamientos señalados en el literal f, de la Resolución 04280 del 01 de noviembre de 2013, por medio de la cual se adopta la Guía para la etapa de planeación de los procesos de contratación en la Policía Nacional.

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración del riesgo	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento / controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta ejecución del contrato	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada que se inicia el tratamiento	Fecha estimada que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													probabilidad	Impacto	Valoración del	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo	Periodicidad ¿cuándo?
1	ESPECÍFICO	EXTERNO	SELECCIÓN	OPERACIONAL	RIESGOS ASOCIADOS AL NO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL PLIEGO DE CONDICIONES	DECLARATORIO DESIERTO EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	2	4	5	MEDIO	ENTIDAD	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/ CENTRALIZANDO LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL ESTUDIO PREVIO. LO CUAL ES INFORMADO A LOS OFERENTES POR MEDIO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN.	1	1	2	BAJO	NO	COMITÉ EVALUADOR (TÉCNICO, ECONOMICO Y JURÍDICO)	PRESENTACIÓN DE LA OFERTA	CON LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES TÉCNICA, ECONÓMICA Y JURÍDICA	EVALUACIONES TÉCNICAS, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS	DE ACUERDO AL CRONOGRAMA DEL PROCESO
2	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	JURÍDICO -OPERNAL	QUE EL CONTRATISTA NO ENTREGUE LAS CANTIDADES REQUERIDAS	FALTA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y QUE NO SE CUMPLA CON LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN	2	4	8	ALTO	CONTRATISTA	REDUCIR EL RIESGO DE OCURRENCIA, EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DEBERÁ REALIZAR SEGUIMIENTO Y ESTRICTO CONTROL A LAS CARACTERISTICAS TÉCNICAS DEL CONTRATO.	1	1	2	BAJO	SI	SUPERVISOR DEL CONTRATO	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	TERMINACIÓN CONTRATO	COMUNICACIÓN OFICIAL AL ORDENADOR DEL GASTO	CUÁNDO OCURRA EL EVENTO
3	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	FLUCTUACIÓN EN LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO	INCREMENTO DEL PRECIO DE LOS ELEMENTOS QUE SEAN IMPORTADOS GENERANDO RETRASO O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA	1	1	2	BAJO	CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA / EL CONTRATISTA DEBERA ANALIZAR EN LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA ECONÓMICA LOS POSIBLES INCREMENTOS EN LA TASA REPRESENTATIVA DE MERCADO Y EL IMPACTO EN EL VALOR FINAL DEL CONTRATO. EL CONTRATISTA DEBERÁ PREVEER QUE LAS CANTIDADES OFERTADAS SEAN ACORDES CON SU INVENTARIO	1	1	2	BAJO	SI	CONTRATISTA	PRESENTACIÓN DE LA OFERTA	TERMINACIÓN CONTRATO	OFERTA ECONÓMICA	CUANDO OCURRA EL EVENTO

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración del riesgo	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento / controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta ejecución del contrato	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada que se inicia el tratamiento	Fecha estimada que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													probabilidad	Impacto	Valoración del	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo	Periodicidad ¿cuándo?
4	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	QUE EL CONTRATISTA NO REALICE LA ENTREGA EN EL TIEMPO ESTABLECIDO	EL CONTRATISTA DEBERÁ PREVEER QUE LAS CANTIDADES OFERTADAS SEAN ACORDES CON SU INVENTARIO	3	4	7	ALTO	CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA / ESTABLECER DENTRO DEL ESTUDIO PREVIO EL MEDIO EN QUE SE HARÁ LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION Y EL SISTEMA DIGITAL DE TURNOS	3	4	7	ALTO	SI	SUPERVISOR DEL CONTRATO	A PARTIR DE LA APROBACION DE LA GARANTIA UNICA	TERMINACION DEL CONTRATO	COMUNICACION OFICIAL AL ORDENADOR DEL GASTO	CUANDO OCURRA EL EVENTO

SI JOHN CARRILLO HOYOS
Responsable servicio de Imágenes UPRES DEATA
Estructurador de los estudios previos

Mayor CESAR LEONARDO VELASQUEZ RIOS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Atlántico

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

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

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

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

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

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

9. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

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

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.

2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.

13. Restituir a **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8** los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.

14. **CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA** deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.
15. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

16. El contratista se obliga a reportar dentro de los cinco días a su ocurrencia eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso.

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

OBLIGACIONES ESPECIALES

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

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

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

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

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

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	

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

- Garantizar la prestación del servicio con equipos, materiales, insumos y/o elementos adecuados para la atención oportuna de los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

- Aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de los pacientes.

- Garantizar la accesibilidad y oportunidad para la asignación de citas y atención a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

- Designar una persona encargada de la Coordinación y una línea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones; en general para la atención de los usuarios y beneficiarios que requieran el servicio y para mantener contacto con la central de referencia de la Unidad Prestadora De Salud del Departamento de Policía Deata.

- Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Regional De Aseguramiento En Salud No. 8 en su Unidad Prestadora De Salud Deata.

- Aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico de la Unidad Prestadora de Salud Deata, en lo referente a: requerimientos de habilitación, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios y beneficiarios, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado, estadísticas, soportes y demás documentos que se requieran.

- Asumir el pago de: Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones de carácter laboral del personal que utilice para la ejecución del objeto del Contrato, así como los impuestos, gravámenes y/o gastos de cualquier género que se deriven de la ejecución del contrato.

- El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 (RASES)**, como son:

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

FORMULARIO APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha

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

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantia, Número PN RASES8 SA ____ 2026 cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

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

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

		Marcar (X) según corresponda
Por Producción Nacional	Cuando es prestado y/o suministrado por un oferente colombiano o residente en Colombia	SI ☐
Por Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de paises 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 paises 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 certifiquen 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 proponente
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proponente
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar arriba.

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

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA ____ - 2026** cuyo objeto es la: **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTE; 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

El(los) suscrito(s) a saber: Indicar los nombres completos y apellidos, identificación, domicilio y demás generales de ley del representante legal de la sociedad, consorcio o unión temporal, o de la persona natural proponente, según corresponda. Ejemplo: "[nombre completo], mayor de edad, domiciliado en [ciudad], identificado con [tipo de documento de identificación] No. [número], quien obra en calidad de representante legal [de la sociedad 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, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Seleccion abreviada de Menor cuantía, para la celebración de un contrato estatal para. **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTE; 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.

7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.

8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato.

9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

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

11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.

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

El proponente:

_____

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

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 de Menor cuantía Número **PN RASES8 SA ____ - 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

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

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

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

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

1.2. Para la ejecución del contrato: adicional a los requerimientos exigidos para la ejecución del contrato, la persona natural o jurídica deberá:
   1.2.1. Desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento de las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
   1.2.2. Evidenciar la actividad participación en las actividades que la Policía Nacional o el contratante desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

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:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Teléfono:
Email:

COMPROMISO ANTICORUPCION

Ciudad, seleccionar la fecha

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

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA ____ - 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

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

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

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

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

COMPROMISO ANTICORUPCION

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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

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

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

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA **POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

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

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.

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

[1] Decreto 2153 de 1992, Arts. 44 y 47.

lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien 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:

_____

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

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
OFERTA ECONOMICA	

OFERTA ECONOMICA

LOTE I: IMÁGENES IONIZANTES

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

PRIMER ITEM

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL GRUPO 1 ANEXO PRECIO TECHO
1	PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS GRUPOS; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA.	_____%

NOTA 1: *El oferente interesado debe realizar un solo porcentaje de descuento el cual será aplicado a todos los ítems del ANEXO PRECIO TECHO.*
NOTA 2: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.
NOTA 3: Si el oferente no indica ningún valor como porcentaje de descuento, esta se entenderá como 0%.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Teléfono:
Email:

OFERTA ECONOMICA

LOTE II: IMÁGENES NO IONIZANTES

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

SEGUNDO ITEM

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL GRUPO 2 DEL ANEXO PRECIO TECHO
1	LOTE 2 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.	_____%

NOTA 1: ***El oferente interesado debe realizar un solo porcentaje de descuento el cual será aplicado a todos los items del ANEXO PRECIO TECHO.***
NOTA 2: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.
NOTA 3: Si el oferente no indica ningún valor como porcentaje de descuento, esta se entenderá como 0%.

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

OFERTA ECONOMICA

PRECIO TECHO

LOTE I: IMÁGENES IONIZANTES			
ITEM	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	PRECIO TECHO
1	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$32.198
2	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$47.588
3	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$23.160
4	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$29.580
5	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$42.173
6	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$42.173
7	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$42.173
8	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$27.566
9	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$28.493
10	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$29.237
11	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$29.137
12	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$29.137
13	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$28.389
14	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$27.860
15	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$27.848
16	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$28.504
17	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$28.504
18	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$32.970
19	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$32.970
20	870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$32.970
21	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$34.266
22	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$33.785
23	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$34.157
24	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$34.806
25	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$41.052
26	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$35.528
27	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$65.504
28	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$117.939
29	871062	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$48.383
30	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$35.318
31	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$27.263
32	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$30.851
33	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$28.313
34	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$29.163
35	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$28.313
36	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$38.633
37	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$32.647
38	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$43.747
39	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$126.015
40	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$162.475
41	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	$133.500
42	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$150.563
43	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$89.280
44	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$98.745
45	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$141.738
46	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$114.276

47	873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	$36.998
48	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$22.095
49	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$28.344
50	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA	$22.095
51	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$28.635
52	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$22.095
53	873123	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$12.660
54	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$12.660
55	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$28.635
56	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$22.095
57	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$22.095
58	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$22.095
59	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	$32.228
60	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$12.660
61	873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS	$34.376
62	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA). EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$101.284
63	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA). EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$48.383
64	873308	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$29.899
65	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$36.015
66	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$27.557
67	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$28.585
68	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$28.635
69	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$22.095
70	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$22.095
71	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$27.114
72	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$27.263
73	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$12.660
74	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$28.635
75	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$12.660
76	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$33.611
77	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$22.095
78	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$12.660
79	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$12.660
80	874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	$267.825
81	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$174.963
82	874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$334.957
83	874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	$116.474
84	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$333.400
85	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$776.830
86	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$573.528
87	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$393.368
88	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$380.045
89	876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORACICA	$116.475
90	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$86.670
91	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$91.000
92	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$215.725
93	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$215.725
94	877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$69.885
95	877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$69.885
96	877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$69.885
97	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$82.193
98	877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$181.365

99	877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	$51.480
100	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	$178.808
101	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$114.900
102	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$197.000
103	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$197.000
104	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$197.000
105	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$191.500
106	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	$140.741
107	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$170.320
108	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$195.000
109	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$526.475
110	879114	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	$159.800
111	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$124.200
112	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$159.800
113	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$159.800
114	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$159.800
115	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$160.000
116	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$135.500
117	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$135.500
118	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARINGE	$97.500
119	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$135.500
120	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$151.500
121	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$1.548.765
122	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	$564.305
123	879304	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TCAR)	$197.800
124	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$171.700
125	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$459.305
126	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$629.874
127	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$199.300
128	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$136.000
129	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$200.000
130	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$136.000
131	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$125.000
132	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$132.480
133	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$78.513
134	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$50.248
135	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$726.161
136	879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$2.105.608
137	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$197.966
138	879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$177.815
139	879920	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)	$41.505
140	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$106.193

MEDIOS DE CONTRASTE

MEDIOS DE CONTRASTE						
No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	PRECIO SECOP II	PRECIOS HISTORICOS	VALOR DEL MERCADO	VALOR ESTIMADO
141	ULTRAVIST300 X 50ML	CISTOGRAFIA, URETROCISTOGRAFIA, UROGRAFÍA, FISTULOGRAFÍA, SIALOGRAFÍA, COL ANGIOGRAFÍA, HISTEROSALPINGOGRAFIA, GALACTOGRAFIA, CAVERNOGRAFIA, RX ESPECIALES	NO REGISTRA	$ 132.528	$ 130.000	$ 131.264
142	ULTRAVIST300 X 100ML	TOMOGRAFÍAS	NO REGISTRA	$ 244.495	$ 240.000	$ 242.247
143	ULTRAVIST300 X 100ML	ANGIOTOMOGRAFIAS (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS)	NO REGISTRA	$ 198.495	$ 240.000	$ 219.248
144	ULTRAVIST370 X 100ML	TOMOGRAFÍA CORONARIA	NO REGISTRA	$ 334.630	$ 260.000	$ 297.315
145	GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO)	ESTUDIOS DE RESONANCIA	NO REGISTRA	$ 149.863	$ 179.071	$ 164.467
146	Gadovist 1Mmol/Ml	ESTUDIOS DE ANGIORESONANCIA, RMN DE MAMA, PROSTATA, RM DE CORAZON.	NO REGISTRA	$ 236.685	$ 350.000	$ 293.343
147	BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	ESÓFAGO, VIAS DIGESTIVAS	NO REGISTRA	$ 100.637	$ 120.000	$ 110.319
148	AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE BARIO EN POLVO)	COLON POR ENEMA	NO REGISTRA	$ 127.198	$ 120.000	$ 123.599
149	PRIMOVIST	HEPATOESPECIFICO	NO REGISTRA	$ 534.556	$ 450.000	$ 492.278
150	CAVERJECT	TAMBIÉN SE ADICIONA AL ESTUDIO DE CAVERNOGRAFIA	NO REGISTRA	$ 171.181	$ 100.000	$ 135.591
151	GASTROGRAFINA(GASTROVIEW)	CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFÍA	NO REGISTRA	$ 41.923	$ 44.562	$ 43.242
152	TECNESIO 99M	MEDICINA NUCLEAR	NO REGISTRA	$ 591.663	$ 609.470	$ 600.567
153	AGENTE ESCLEROSANTE		NO REGISTRA	$ 50.750	$ 52.025	$ 51.388
154	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	NO REGISTRA	$ 340.146	$ 378.360	$ 359.253

LOTE II: IMÁGENES NO IONIZANTES

ITEM	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	PRECIO TECHO
1	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$52.755
2	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$113.378
3	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$44.876
4	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$35.963
5	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$35.963
6	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$35.963
7	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$35.963
8	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$42.173

9	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	$248.227
10	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	$401.029
11	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$34.853
12	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$56.920
13	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$45.285
14	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$76.699
15	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$61.425
16	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$38.655
17	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$33.975
18	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$45.285
19	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$61.733
20	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$160.000
21	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	$47.978
22	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$34.403
23	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$20.798
24	881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$72.608
25	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)	$142.550
26	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$532.147
27	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$26.888
28	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$34.403
29	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$38.918
30	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$99.276
31	881436	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$123.270
32	881437	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON DETALLE ANATÓMICO	$139.157
33	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$45.285
34	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$85.536
35	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$35.963
36	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$54.263
37	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$35.963
38	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$45.285
39	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$45.285
40	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$42.173
41	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$42.173
42	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$42.173
43	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$42.173
44	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$42.173
45	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$44.984
46	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$42.173
47	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	$42.173
48	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$34.105
49	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$48.715
50	881705	ECOGRAFÍA DE PIEL O ANEXOS	$49.712
51	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$235.818
52	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$136.200
53	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$104.800
54	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$128.910
55	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$127.725
56	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$104.708
57	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$104.708
58	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$104.708
59	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$127.725
60	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$104.708
61	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$40.697

62	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$50.579
63	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$118.206
64	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$120.043
65	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$107.558
66	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$62.370
67	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$141.713
68	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$141.713
69	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$122.625
70	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$122.625
71	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$130.800
72	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$94.500
73	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO	$70.998
74	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$104.708
75	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	$176.175
76	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$109.072
77	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$491.929
78	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$473.417
79	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$478.683
80	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$421.000
81	883106	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA	$1.651.681
82	883107	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	$885.377
83	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$394.079
84	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$488.355
85	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$512.314
86	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$502.536
87	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$503.388
88	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$585.656
89	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$505.876
90	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$585.656
91	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$482.219
92	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$695.273
93	883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$447.407
94	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE	$585.656
95	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$484.072
96	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$585.656
97	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$498.737
98	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	$549.053
99	883322	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$1.183.882
100	883324	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL	$549.053
101	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$582.915
102	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$395.200
103	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$512.480
104	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$411.300
105	883434	COLANGIORESONANCIA	$436.896
106	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$549.053
107	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$426.797
108	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$539.016
109	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$549.053
110	883442	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA	$755.147
111	883443	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA	$549.053

112	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$421.000
113	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$421.000
114	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$420.930
115	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$420.930
116	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$402.121
117	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$555.327
118	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$582.915
119	883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$896.146
120	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$496.519
121	883905	ESPECTROSCOPIA	$1.502.299
122	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$549.053
123	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$582.915
124	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$518.288
125	883913	DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$440.153

MEDIOS DE CONTRASTE

MEDIOS DE CONTRASTE						
No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	PRECIO SECOP II	PRECIOS HISTORICOS	VALOR DEL MERCADO	VALOR ESTIMADO
126	ULTRAVIST300 X 50ML	CISTOGRAFÍA, URETROCISTOGRAFIA, UROGRAFÍA, FISTULOGRAFÍA, SIALOGRAFÍA, COL ANGIOGRAFÍA, HISTEROSALPINGOGRAFIA, GALACTOGRAFIA, CAVERNOGRAFIA. RX ESPECIALES	NO REGISTRA	$ 132.528	$ 130.000	$ 131.264
127	ULTRAVIST300 X 100ML	TOMOGRAFÍAS	NO REGISTRA	$ 244.495	$ 240.000	$ 242.247
128	ULTRAVIST300 X 100ML	ANGIOTOMOGRAFIAS (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS)	NO REGISTRA	$ 198.495	$ 240.000	$ 219.248
129	ULTRAVIST370 X 100ML	TOMOGRAFÍA CORONARIA	NO REGISTRA	$ 334.630	$ 260.000	$ 297.315
130	GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO)	ESTUDIOS DE RESONANCIA	NO REGISTRA	$ 149.863	$ 179.071	$ 164.467
131	Gadovist 1Mmol/Ml	ESTUDIOS DE ANGIORESONANCIA, RMN DE MAMA, PROSTATA, RM DE CORAZON.	NO REGISTRA	$ 236.685	$ 350.000	$ 293.343
132	BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	ESÓFAGO, VÍAS DIGESTIVAS	NO REGISTRA	$ 100.637	$ 120.000	$ 110.319
133	AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE BARIO EN POLVO)	COLON POR ENEMA	NO REGISTRA	$ 127.198	$ 120.000	$ 123.599
134	PRIMOVIST	HEPATOESPECIFICO	NO REGISTRA	$ 534.556	$ 450.000	$ 492.278
135	CAVERJECT	TAMBIÉN SE ADICIONA AL ESTUDIO DE CAVERNOGRAFIA	NO REGISTRA	$ 171.181	$ 100.000	$ 135.591
136	GASTROGRAFINA(GASTROVIEW)	CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFÍA	NO REGISTRA	$ 41.923	$ 44.562	$ 43.242
137	TECNESIO 99M	MEDICINA NUCLEAR	NO REGISTRA	$ 591.663	$ 609.470	$ 600.567

138	AGENTE ESCLEROSANTE		NO REGISTRA	$ 50.750	$ 52.025	$ 51.388
139	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	NO REGISTRA	$ 340.146	$ 378.360	$ 359.253

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES PERSONA JURIDICA

Ciudad, seleccionar la fecha

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

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA No._____2026**

El suscrito _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ actuando en nombre propio y en representación legal de _____ identificada con No. NIT: _____, manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los seis meses anteriores a la fecha de la firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a paz y salvo por concepto de pagos a la entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA ICBF) según consta en la última planilla de pago No. _____ Que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contrato cuyo objeto es objeto la **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Teléfono:
Email:

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

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES PERSONA NATURAL

Ciudad, Diligenciar la fecha

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

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA No._____2026**

El suscrito _____ identificado con cedula de ciudadania No. _____ expedida en _____ actuando en nombre propio y en representación legal de _____ identificada con No. NIT: _____, manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Salud, Pensiones y Atención a riesgos Profesionales ARL, me encuentro al día con los aportes de Ley según planilla de pago No. _____ que se efectuó por medio de la entidad _____, en caso de ser adjudicado el proceso de Selección Abreviada **PN RASES8 SA No._____2025** adelantado por la Regional de Aseguramiento en salud No.8, me obligo hacer los aportes de Ley a dichos sistemas durante la vigencia del contrato cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

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

El proponente:

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

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA NATURAL

Ciudad, [illegible]

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Yo _____identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, representando legalmente la firma _____ identificada con Nit No. _____ Manifiesto bajo la gravedad de juramento: que yo ni la empresa a la cual yo represento nos encontramos incursos en las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado - **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SLAUD No.8**, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la Republica, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: [illegible]
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): [illegible]
Nombre Representante Legal: [illegible]
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) [illegible]
Dirección: [illegible]
Teléfono: [illegible]
Email: [illegible]

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA JURIDICA

Ciudad, Seleccionar la fecha

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Yo _____identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, representando legalmente la firma _____ identificada con Nit No. _____ Manifiesto bajo la gravedad de juramento: que yo ni la empresa a la cual yo represento nos encontramos incursos en las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SLAUD No.8**, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la Republica, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002

El proponente:

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

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Ciudad, seguido de la fecha

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

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada de Menor cuantia PN RASES8 SA _____ 2026 cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del proponente o de la persona natural, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicilio de la persona natural, identificado con Documento de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación publica, me permito presentar, en nombre de nombre o razón social del proponente de quien es apoderado, propuesta seria y formal para participar en el proceso de contratación de mínima cuantía cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica que rige el proceso, en las leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y/o invitación publica de conformidad con el formulario "especificaciones técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
CARTA PRESENTACION DE LA PROPUESTA	

1. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que conozco y acepto el contenido de los pliegos de condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.
2. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

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

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

5. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ declaro bajo juramento, que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta de

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

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

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

El proponente:

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

FORMATO GESTION AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha

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

Ref. proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA ___ - 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, me comprometo a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, además sus productos deberán cumplir los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental.

Nos comprometemos a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios; así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la Institución"), contribuyendo de esta forma con la protección efectiva del medio ambiente. dentro de los procesos que se adelanten con miras a la adquisición de bienes y/o servicios se incorporaran criterios articulados con la protección del medio ambiente, a partir de la inclusión de parámetros como la compra verde o responsable, que significa la integración del componente ambiental en la toma de decisiones de compra de bienes y contratación de servicios; por lo tanto solicitamos de manera informativa a nuestros proveedores, relacionar la siguiente información con carácter adicional:

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

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Teléfono:
Email:

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA	

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

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

CIUDAD: FECHA:

Me permito solicitar la siguiente información con el fin de ser registrada en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA
Fotocopia Cédula de Ciudadanía	Fotocopia Cedula de Ciudadanía
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) (si es contribuyente)
Fotocopia Registro Único Tributario (RUT)	Fotocopia de la resolución otorgando licencia o contrato correspondiente que acredite el patrocinio
CONSORCIO O UNION TEMPORAL Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal	
Fotocopia Cédula de Ciudadanía	Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio	
Fotocopia Registro Único Tributario (RUT)	
Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	

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

2. INFORMACIÓN BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA	Espacio para ser diligenciado por la U.E. Ordenador del Nombre

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Tipo Documento de Identificación:

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

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

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

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
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: 22 de agosto de 2019

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

IVA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCIÓN EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACIÓN 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

Extracto para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Numérico.

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por las incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por sus hijos(menores)	
Donatarios o Asignatarios		Nombre Representante Legal	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Extracto para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Numérico.

Entidad Financiera _____ Número de Cuenta _____

Tipo de la cuenta bancaria Corriente Ahorro Depósito Electrónico

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

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

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

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

NOTA: Dicho formato también puede ser descargado de la web con el nombre **DATOS BASICOS CREACION BENEFICIARIO CUENTA SIIF NACION**

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS	

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicilio de la persona jurídica., identificado con Nacionalidad de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, de manera libre, voluntaria y bajo la gravedad de juramento, me permito certificar que:

1. Los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provienen de actividades ni fuentes ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
2. Que mi empresa sea utilizada para dar apariencia de legalidad a fondos ilegales o para financiar actividades terroristas.
3. Que mi empresa y sus representantes, socios, administradores, accionistas y/o beneficiarios finales no realizan, facilitan, promueven ni han realizado directa o indirectamente actividades ilicitas, tales como:

    - Lavado de activos (LA).
    - Financiación del terrorismo (FT).
    - Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM).
    - Tráfico de estupefacientes o sustancias psicoactivas.
    - Enriquecimiento ilicito.
    - Corrupción, soborno transnacional o cualquier conducta tipificada como delito en la legislación penal colombiana.
    - Actividades provenientes de grupos armados organizados, organizaciones criminales o cualquier fuente marcada como de alto riesgo.

4. Que Monitorearé las operaciones de mi empresa para identificar y detectar posibles actividades del lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
5. Que verificare la identidad de los clientes y las transacciones entre ellos para evaluar y mitigar los riesgos asociados
6. Que implementaré políticas y procesos establecidos por entidades como la Superintendencia Financiera de Colombia para gestionar y mitigar estos riesgos.
7. Me comprometo a informar de manera inmediata a la entidad contratante cualquier situación que pueda constituir indicio o sospecha de operaciones inusuales o actividades que puedan considerarse de riesgo en materia de LA/FT/FPADM, así como cualquier cambio relevante en la estructura societaria o en los beneficiarios finales.

Finalmente, y de resultar adjudicatario del proceso, me comprometo a que todos los recursos que financiarán la ejecución del contrato, incluidos los flujos operativos, nóminas, pagos a proveedores e inversiones, mantendrán origen lícito y verificable, garantizando la trazabilidad y transparencia en los movimientos financieros asociados al contrato

El proponente:

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS	

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Teléfono:
Email:

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

Referencia: sostenibilidad de precios del proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA _____ 2026**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicilio de la persona jurídica , identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, me comprometo a sostener los Precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso de selección abreviada menor cuantía **PN RASES8 SA ___ -2026**, durante la vigencia del contrato y las eventuales suscripciones si esta se llegara a suscribir, así mismo los precios ofertados incluyen la carga tributaria, arancelaria de Ley, todos los costos administrativos como seguros y fletes, no se harán reajustes ni cobros adicionales el cual tiene por objeto la **PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, CLASIFICADOS EN DOS LOTES; LOTE 1) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, MAMOGRAFÍA. LOTE 2) IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES: ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DOPPLER, Y OTROS PROCEDIMIENTOS AFINES REQUERIDOS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO DE LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO Y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

El proponente:

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

CERTIFICACION DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha

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

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

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

Atentamente:

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

FORMATO IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

La Dirección de Sanidad se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

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

El proponente:

_____

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
FORMATO VISITA TECNICA	

La Unidad Prestadora de Salud Atlántico por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas.

GRUPO I IMÁGENES IONIZANTES

Infraestructura

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Sí/No)	
		SI	NO
Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.			
Superficies lavables, impermeables y en buen estado.			
Ventilación e iluminación adecuada.			
Señalización visible de advertencia 'Radiación ionizante'.			
Paredes, puertas y vidrios con blindaje o plomo según especificaciones.			
Área con control de acceso restringido a personal autorizado.			
Cumplimiento de rutas seguras para evacuación y plan de emergencias.			

Equipos

GRUPO 1 IMÁGENES IONIZANTES	
Equipos requeridos	Potencia mínima requerida
Equipo de rayos X (Digital o convencional)	Generador de 50 KW
Fluoroscopio digital (Arco en C)	Generador de 80-100 KW
Mamógrafo	Generador de alta frecuencia
TC Multidetector	Mínimo 16 cortes (idealmente 64) para AngioTC

Para cada equipo solicitado se realizará la verificación de los siguientes ITEMS

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Sí/No)	
		SI	NO
Equipo de imagenologia con registro sanitario INVIMA vigente.			
Certificados de mantenimiento preventivo y correctivo.			
Certificación de calibración o verificación metrológica vigente.			
Manual de operación y hoja de seguridad técnica disponible.			
Fuente de energia estabilizada, con sistema de respaldo (UPS o planta).			
Registro de control de temperatura y humedad (si aplica).			
Verificación de inyector de medio de contraste (si aplica).			
Carro de paro (siempre que se utilice inyector de medio de contraste)			
Hoja de vida del equipo (Con vida útil y fecha de adquisición)			

Certificado/historial de mantenimiento preventivo y correctivo.			
Certificación de calibraciones o verificación metrológica vigente.			
Registro de control de temperatura y humedad (si aplica)			

Técnico

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Sí/No)	
		SI	NO
Protocolos de atención y toma de imágenes actualizados.			
Procedimientos documentados para procesamiento, almacenamiento y entrega de imágenes.			
Control de calidad de imágenes documentado.			
Registro y trazabilidad de estudios realizados.			
Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.			

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia/ Observación	Cumple (Sí/No)	
		SI	NO
Licencia de prácticas con radiaciones ionizantes otorgada por autoridad competente.			
Elementos de protección personal (delantal plomado, guantes, gafas, protectores tiroideos).			
Cumplimiento del programa de seguridad radiológica.			

Para cada equipo solicitado se realizará la verificación de los siguientes ITEMS

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Sí/No)	
		SI	NO
Manual de mantenimiento y calibración de equipos.			
Plan de contingencia ante fallas de equipo.			
Registro de fallas, mantenimiento y reparaciones.			
Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo.			
Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información.			

GRUPO II IMAGENES NO IONIZANTES

Infraestructura

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Sí/No)	
		SI	NO
Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.			
Superficies lavables, impermeables y en buen estado.			
Ventilación e iluminación adecuada.			

Paredes, puertas y vidrios con blindaje o plomo según especificaciones.			
Área con control de acceso restringido a personal autorizado.			
Cumplimiento de rutas seguras para evacuación y plan de emergencias.			

Equipos

GRUPO 2 IMÁGENES NO IONIZANTES	
Equipos requeridos	**Potencia mínima requerida**
Ecógrafo de alta resolución	Que cuente con transductores de ≥ 7 MHz
RM de alto campo	Mínimo 1.5 Tesla (T), idealmente de 3T para estudios avanzados

Para cada equipo solicitado se realizará la verificación de los siguientes ITEMS

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Si/No)	
		SI	NO
Equipo de imagenología con registro sanitario INVIMA vigente.			
Certificados de mantenimiento preventivo y correctivo.			
Certificación de calibración o verificación metrológica vigente.			
Manual de operación y hoja de seguridad técnica disponible.			
Fuente de energía estabilizada, con sistema de respaldo (UPS o planta).			
Registro de control de temperatura y humedad (si aplica).			
Verificación de inyector de medio de contraste (si aplica).			
Carro de paro (siempre que se utilice inyector de medio de contraste)			
Hoja de vida del equipo (Con vida útil y fecha de adquisición)			
Certificado/historial de mantenimiento preventivo y correctivo.			
Certificación de calibraciones o verificación metrológica vigente.			
Registro de control de temperatura y humedad (si aplica)			

Técnico

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Si/No)	
		SI	NO
Protocolos de atención y toma de imágenes actualizados.			
Procedimientos documentados para procesamiento, almacenamiento y entrega de imágenes.			
Control de calidad de imágenes documentado.			
Registro y trazabilidad de estudios realizados.			
Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.			

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
FORMATO VISITA TECNICA	

Para cada equipo solicitado se realizará la verificación de los siguientes ITEMS

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (Sí/No)	
		SI	NO
Manual de mantenimiento y calibración de equipos.			
Plan de contingencia ante fallas de equipo.			
Registro de fallas, mantenimiento y reparaciones.			
Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo.			
Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información.			

IMAGENES IONIZANTES CLINICA DE LA COSTA

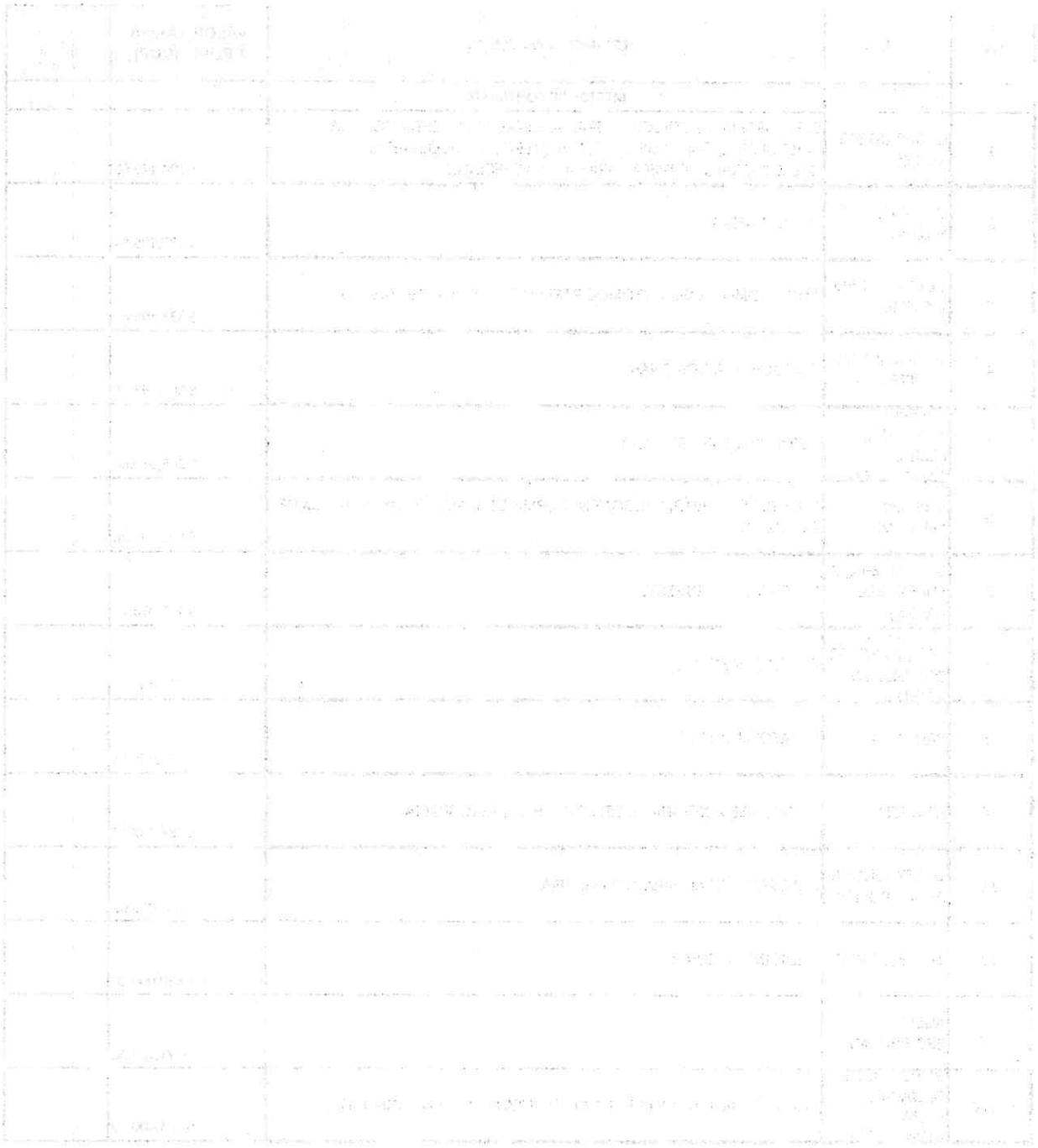
No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)	PREST SERVI
		IMÁGENES IONIZANTES		SI
1	61002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,850,000.00	X
2	61302	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,450,000.00	X
3	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,230,410.00	X
4	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	$ 1,257,840.00	X
5	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$ 2,200,000.00	X
6	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 1,985,752.00	X
7	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 53,663.00	X
8	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$ 79,313.00	X
9	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 36,188.00	X
10	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 49,300.00	X
11	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 70,288.00	X
12	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 70,288.00	X
13	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 70,288.00	X
14	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 49,300.00	X
15	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 49,600.00	X
16	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 49,600.00	X
17	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 49,300.00	X
18	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 49,300.00	X
19	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 49,300.00	X
20	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 49,600.00	X
21	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 49,300.00	X
22	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 49,600.00	X
23	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 49,600.00	X
24	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 54,950.00	X
25	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 54,950.00	X
26	870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 54,950.00	X
27	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 60,138.00	X
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 60,138.00	X
29	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 58,863.00	X
30	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 58,863.00	X
31	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 73,350.00	X
32	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 59,213.00	X
33	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 102,350.00	X
34	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 347,000.00	X
35	871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 400,000.00	X
36	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 45,650.00	X
37	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 45,438.00	X
38	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 51,650.00	X
39	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 47,188.00	X
40	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 51,650.00	X
41	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 47,188.00	X
42	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 64,388.00	X
43	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 60,925.00	X
44	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 80,875.00	X
45	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 132,313.00	X
46	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 162,475.00	X
47	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	$ 133,500.00	X
48	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 150,563.00	X

49	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 148,800.00	X
50	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 164,575.00	X
51	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 141,738.00	X
52	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$ 173,763.00	X
53	873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	$ 36,998.00	X
54	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 36,825.00	X
55	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 47,725.00	X
56	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 36,825.00	X
57	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 47,725.00	X
58	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 36,825.00	X
59	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 98,711.00	X
60	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 21,100.00	X
61	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 47,725.00	X
62	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 36,825.00	X
63	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 36,825.00	X
64	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 36,825.00	X
65	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	$ 348,000.00	X
66	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 53,963.00	X
67	873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS	$ 53,963.00	X
68	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36"	$ 347,000.00	X
69	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 399,000.00	X
70	873308	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$ 53,713.00	X
71	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 60,025.00	X
72	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 47,725.00	X
73	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 47,725.00	X
74	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 47,725.00	X
75	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 36,825.00	X
76	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 36,825.00	X
77	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 47,725.00	X
78	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 45,438.00	X
79	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 21,100.00	X
80	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 47,725.00	X
81	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 21,100.00	X
82	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 61,000.00	X
83	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 36,825.00	X
84	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 21,100.00	X
85	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 21,100.00	X
86	874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	$ 267,825.00	X
87	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$ 174,963.00	X
88	874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$ 334,957.00	X
89	874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	$ 116,474.00	X
90	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$ 333,400.00	X
91	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 1,079,138.00	X

92	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 659,800.00	X
93	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 419,350.00	X
94	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 419,350.00	X
95	876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	$ 116,475.00	X
96	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 144,450.00	X
97	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 182,750.00	X
98	876803	TOMOSÍNTESIS	$ 146,050.00	X
99	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$ 215,725.00	X
100	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$ 215,725.00	X
101	877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$ 280,000.00	X
102	877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$ 116,475.00	X
103	877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$ 116,475.00	X
104	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	$ 3,483,484.00	X
105	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 136,988.00	X
106	877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 362,730.00	X
107	877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	$ 85,800.00	X
108	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	$ 191,500.00	X
109	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 191,500.00	X
110	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$ 426,084.00	X
111	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 426,084.00	X
112	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 426,084.00	X
113	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 191,500.00	X
114	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	$ 191,500.00	X
115	877940	VAGINOGRAFÍA	$ 191,500.00	X
116	878906	FISTULOGRAFÍA EN SITIO NO ESPECIFICADO	$ 0.00	
117	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 242,613.00	X
118	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 266,125.00	X
119	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 2,693,919.00	X
120	879114	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	$ 526,475.00	X
121	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 266,313.00	X
122	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 207,000.00	X
123	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 266,313.00	X
124	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 2,038,074.00	X
125	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 266,313.00	X
126	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 266,138.00	X
127	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 2,693,919.00	X
128	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 225,675.00	X
129	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 162,338.00	X
130	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA	$ 225,675.00	X
131	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 1,800,000.00	X
132	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	$ 2,767,294.00	X
133	879304	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TCAR)	$ 0.00	
134	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 329,600.00	X
135	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 317,000.00	X
136	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 795,600.00	X
137	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 332,175.00	X
138	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 225,675.00	X
139	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$ 1,178,330.00	X
140	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 225,675.00	X

141	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 786,898.00	X
142	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 2,693,919.00	X
143	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 78,513.00	X
144	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 78,513.00	X
145	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 2,693,919.00	X
146	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS (ANGIOTC CORONARIA)	$ 3,108,342.00	X
147	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$ 381,000.00	X
148	879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 177,815.00	X
149	879920	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)	$ 69,175.00	X
150	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 496,936.00	X

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)	
		MEDIOS DE CONTRASTE		
1	ULTRAVIST300 X 50ML	CISTOGRAFÍA, URETROCISTOGRAFIA, UROGRAFÍA, FISTULOGRAFÍA, SIALOGRAFÍA, COL ANGIOGRAFÍA, HISTEROSALPINGOGRAFIA, GALACTOGRAFIA, CAVERNOGRAFIA. RX ESPECIALES	$ 194,179.68	
2	ULTRAVIST300 X 100ML	TOMOGRAFÍAS	$ 333,195.84	
3	ULTRAVIST300 X 100ML	ANGIOTOMOGRAFIAS (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS)	$ 333,195.84	
4	ULTRAVIST370 X 100ML	TOMOGRAFÍA CORONARIA	$ 509,993.28	
5	GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO)	ESTUDIOS DE RESONANCIA	$ 245,350.08	
6	Gadovist 1Mmol/Ml	ESTUDIOS DE ANGIORESONANCIA,RMN DE MAMA, PROSTATA, RM DE CORAZON.	$ 509,993.28	
7	BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	ESÓFAGO, VÍAS DIGESTIVAS	$ 165,078.72	
8	AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE BARIO EN POLVO)	COLON POR ENEMA	$ 239,761.44	
9	PRIMOVIST	HEPATOESPECIFICO	$ 806,948.64	
10	CAVERJECT	TAMBIÉN SE ADICIONA AL ESTUDIO DE CAVERNOGRAFIA	$ 188,133.12	
11	GASTROGRAFIN A(GASTROVIEW)	CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFÍA	$ 61,056.00	
12	TECNESIO 99M	MEDICINA NUCLEAR	$ 1,830,000.00	
13	AGENTE ESCLEROSANTE		$ 71,280.00	
998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 764,000.00	

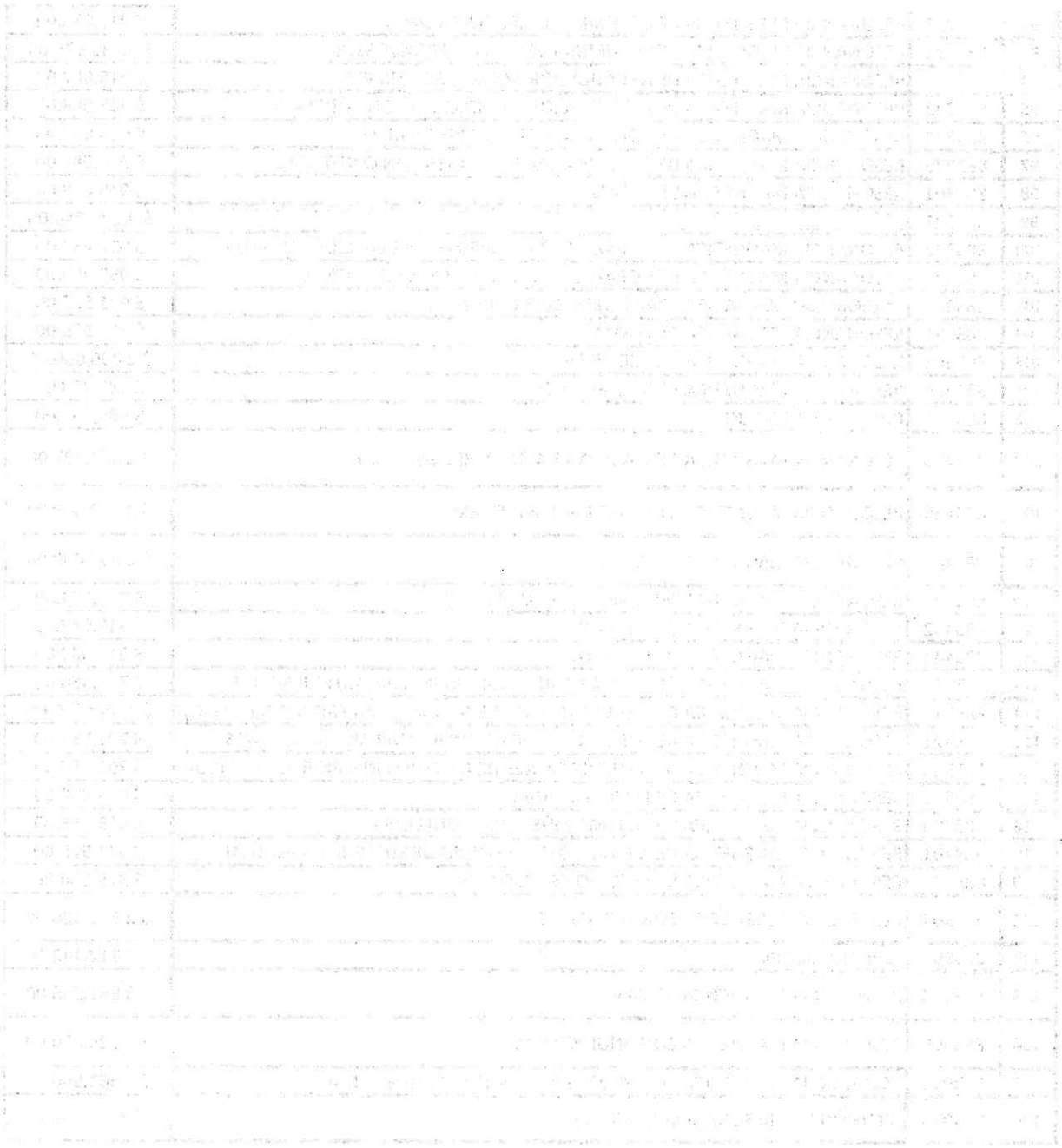


IMAGENES NO IONIZANTES CLINICA DE LA COSTA

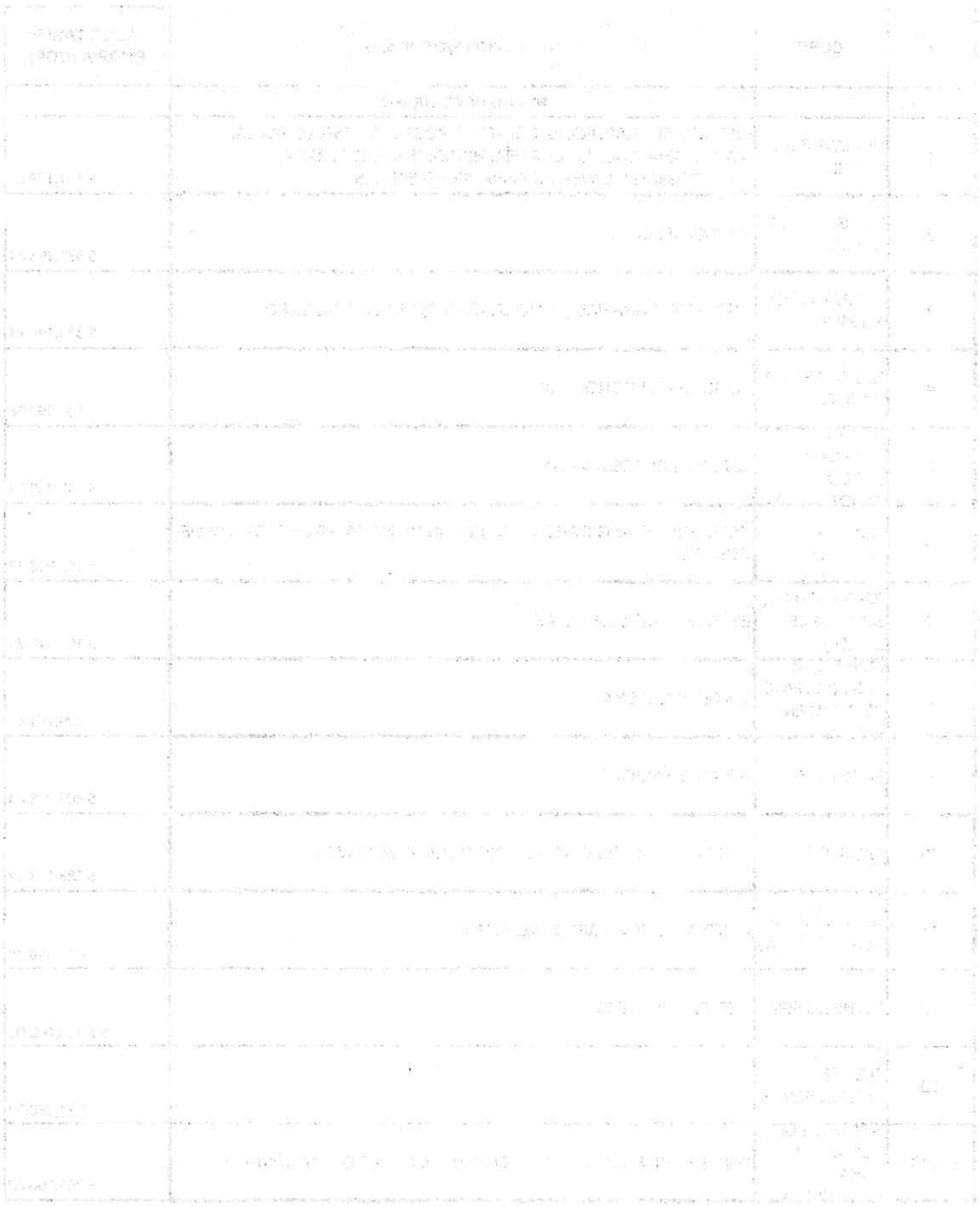
No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)
		IMÁGENES NO IONIZANTES	
1	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$ 87,925.00
2	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 188,963.00
3	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 0.00
4	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 59,938.00
5	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 180,000.00
6	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 59,938.00
7	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 70,616.00
8	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 70,288.00
9	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	$ 413,713.00
10	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	$ 774,187.00
11	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 58,088.00
12	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$ 58,087.00
13	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 75,475.00
14	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 128,850.00
15	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 102,375.00
16	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 64,425.00
17	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$ 56,625.00
18	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 75,475.00
19	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 102,888.00
20	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 316,188.00
21	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA	$ 79,963.00
22	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 928,860.00
23	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 34,663.00
24	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 121,013.00
25	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	$ 142,550.00
26	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$ 928,860.00
27	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 44,813.00
28	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 57,338.00
29	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 64,863.00
30	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 412,750.00
31	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 307,378.00
32	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 450,000.00
33	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 75,475.00
34	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 144,063.00
35	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 59,938.00
36	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 90,438.00
37	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 59,938.00
38	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 75,475.00
39	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 75,475.00
40	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 70,288.00
41	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 75,475.00
42	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 70,287.00
43	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 70,287.00
44	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 70,288.00
45	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 70,288.00
46	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 70,287.00
47	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 70,288.00
48	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$ 75,474.00

49	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 88,376.00
50	881705	ECOGRAFÍA DE PIEL O ANEXOS	$ 0.00
51	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$ 1,148,411.00
52	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 226,868.00
53	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 174,513.00
54	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 226,868.00
55	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 276,738.00
56	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 226,868.00
57	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 226,868.00
58	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$ 226,868.00
59	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 276,738.00
60	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 226,868.00
61	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 317,500.00
62	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 90,438.00
63	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 212,875.00
64	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 212,875.00
65	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 193,700.00
66	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 580,000.00
67	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 236,188.00
68	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 236,188.00
69	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 204,375.00
70	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 204,376.00
71	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 204,375.00
72	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 204,376.00
73	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO	$ 157,773.00
74	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$ 266,929.00
75	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 750,000.00
76	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 251,776.00
77	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 915,088.00
78	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 915,088.00
79	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 915,088.00
80	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 701,550.00
81	883106	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA	$ 2,307,852.00
82	883107	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	$ 919,364.00
83	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 685,438.00
84	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 915,087.00
85	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 915,088.00
86	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 915,087.00
87	883112	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HIPOCAMPO CON ANÁLISIS VOLUMÉTRICO	$ 0.00
88	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 915,088.00
89	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 915,087.00
90	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 915,088.00
91	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$ 915,087.00

92	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 915,088.00
93	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 1,830,675.00
94	883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$ 915,087.00
95	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE	$ 915,088.00
96	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 915,088.00
97	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$ 915,088.00
98	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 915,088.00
99	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	$ 4,270,844.00
100	883322	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$ 952,450.00
101	883324	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL	$ 952,450.00
102	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 971,525.00
103	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$ 658,525.00
104	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 2,800,000.00
105	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 685,438.00
106	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 685,438.00
107	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$ 1,067,807.00
108	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$ 2,200,000.00
109	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 2,060,000.00
110	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 919,364.00
111	883442	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA	$ 915,087.00
112	883443	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA	$ 915,088.00
113	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 701,550.00
114	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 1,350,000.00
115	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 701,550.00
116	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 701,550.00
117	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 685,438.00
118	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 915,088.00
119	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 971,525.00
120	883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 919,364.00
121	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$ 2,338,428.00
122	883905	ESPECTROSCOPIA	$ 2,712,142.00
123	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$ 3,581,516.00
124	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 1,724,820.00
125	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 2,460,560.00
126	883913	DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 407,356.00



No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)
		MEDIOS DE CONTRASTE	
1	ULTRAVIST300 X 50ML	CISTOGRAFÍA, URETROCISTOGRAFIA, UROGRAFÍA, FISTULOGRAFÍA, SIALOGRAFÍA, COL ANGIOGRAFÍA, HISTEROSALPINGOGRAFIA, GALACTOGRAFIA, CAVERNOGRAFIA. RX ESPECIALES	$ 194,179.68
2	ULTRAVIST300 X 100ML	TOMOGRAFÍAS	$ 333,195.84
3	ULTRAVIST300 X 100ML	ANGIOTOMOGRAFIAS (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS)	$ 333,195.84
4	ULTRAVIST370 X 100ML	TOMOGRAFÍA CORONARIA	$ 509,993.28
5	GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO)	ESTUDIOS DE RESONANCIA	$ 245,350.08
6	Gadovist 1Mmol/Ml	ESTUDIOS DE ANGIORESONANCIA,RMN DE MAMA, PROSTATA, RM DE CORAZON.	$ 509,993.28
7	BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	ESÓFAGO, VÍAS DIGESTIVAS	$ 165,078.72
8	AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE BARIO EN POLVO)	COLON POR ENEMA	$ 239,761.44
9	PRIMOVIST	HEPATOESPECIFICO	$ 806,948.64
10	CAVERJECT	TAMBIÉN SE ADICIONA AL ESTUDIO DE CAVERNOGRAFIA	$ 188,133.12
11	GASTROGRAFIN A(GASTROVIEW)	CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFÍA	$ 61,056.00
12	TECNESIO 99M	MEDICINA NUCLEAR	$ 1,830,000.00
13	AGENTE ESCLEROSANTE		$ 71,280.00
998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 764,000.00



OINSAMED S.A.S CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL

CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)	PRESTA EL SERVICIO	
	IMÁGENES IONIZANTES		SI	NO
061002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,889,406	X	
061302	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	$ 981,000	X	
832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,318,551	X	
851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	$ 1,250,000	X	
851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$ 1,967,450	X	
851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 769,540	X	
870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 34,344	X	
870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$ 47,588	X	
870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 23,160	X	
870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 103,916	X	
870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 44,984	X	
870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 44,984	X	
870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 42,173	X	
870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 103,916	X	
870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 31,744	X	
870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 29,760	X	
870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 29,580	X	
870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 103,916	X	
870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 31,552	X	
870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 31,744	X	
870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 29,580	X	
870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 29,760	X	
870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 31,744	X	
870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 141,900	X	
870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 35,168	X	
870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 32,970	X	
871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 38,488	X	
871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 38,488	X	
871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 37,672	X	
871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 37,672	X	
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 46,944	X	
871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 37,896	X	
871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 65,504	X	
871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 125,805	X	
871062	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 48,383	X	
871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 80,191	X	
871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 88,257	X	
871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 33,056	X	
871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 30,200	X	
871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 33,056	X	
871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 80,191	X	
871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 178,633	X	
872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 38,992	X	
872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 176,500	X	

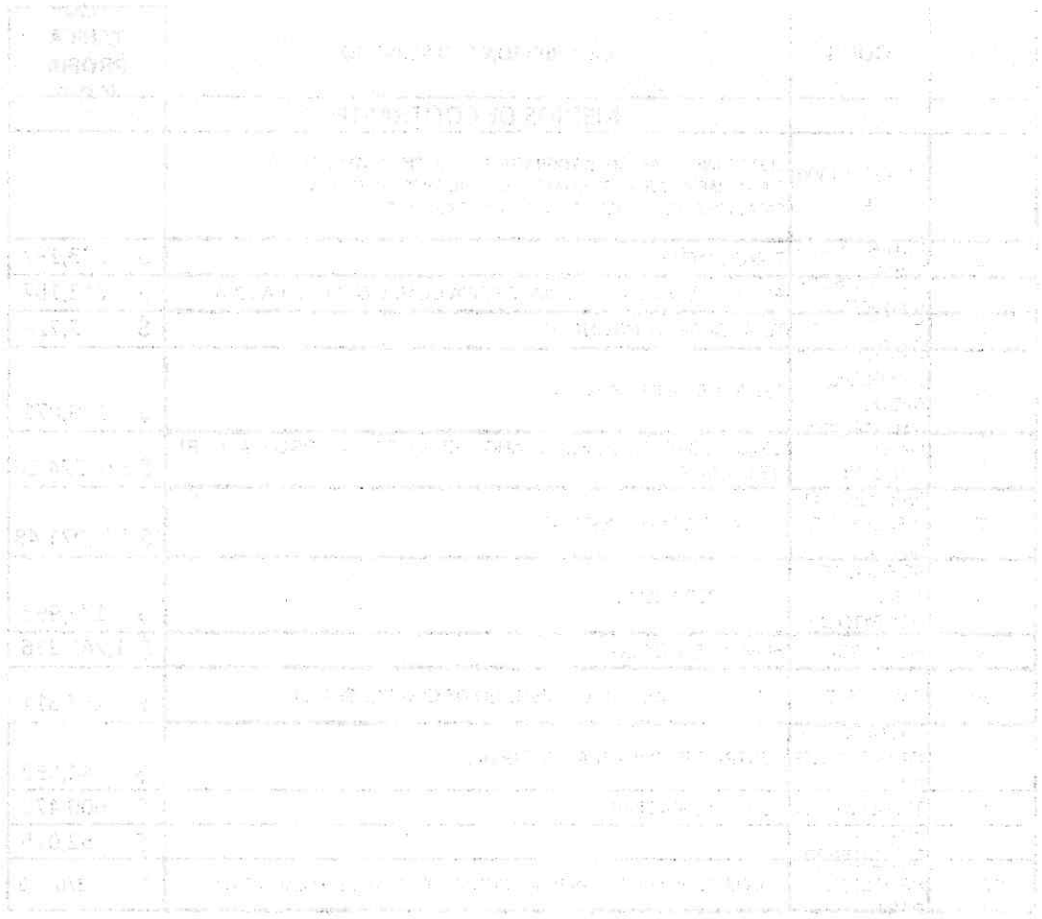
872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 219,388	X	
872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 237,485	X	
872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	$ 320,100	X	
872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 330,338	X	
872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 229,280	X	
872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 1,469,440	X	
872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 340,000	X	
873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$ 361,600	X	
873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	$ 150,000	X	
873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 23,568	X	
873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 30,544	X	
873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 23,568	X	
873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 30,544	X	
873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 23,568	X	
873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 12,660	X	
873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 13,504	X	
873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 30,544	X	
873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 23,568	X	
873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 23,568	X	
873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 23,568	X	
873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	$ 366,014	X	
873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 34,376	X	
873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS	$ 34,376	X	
873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36"	$ 125,805	X	
873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17"	$ 48,383	X	
873308	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$ 32,228	X	
873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 38,416	X	
873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 30,544	X	
873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 30,544	X	
873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 30,544	X	
873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 23,568	X	
873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 23,568	X	
873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 80,191	X	
873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 29,080	X	
873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 13,504	X	
873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 30,544	X	
873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 13,504	X	
873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 120,049	X	
873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 23,568	X	
873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 103,916	X	
873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 12,660	X	
874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	$ 300,695	X	
874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$ 240,040	X	

874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$ 390,000	X	
874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	$ 310,000	X	
874910	FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$ 2,125,200	X	
875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 894,483	X	
875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 642,880	X	
875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 498,610	X	
875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 498,610	X	
876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	$ 209,885	X	
876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 114,800	X	
876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 91,000	X	
876803	TOMOSÍNTESIS	#N/D		
876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$ 269,435	X	
876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$ 269,435	X	
877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$ 209,885	X	
877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$ 341,000	X	
877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$ 341,000	X	
877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	#N/D		
877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 223,193	X	
877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 1,511,525	X	
877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	#N/D		
877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	#N/D		
877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	#N/D		
877861	URETROCISTOGRAFÍA	#N/D		
877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	#N/D		
877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	#N/D		
877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	#N/D		
877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	#N/D		
877940	VAGINOGRAFÍA	#N/D		
878906	FISTULOGRAFÍA EN SITIO NO ESPECIFICADO	#N/D		
879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 155,272	X	
879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 170,320	X	
879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 195,000	X	
879114	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	$ 3,457,097	X	
879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 170,440	X	
879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 132,480	X	
879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 170,440	X	
879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 170,440	X	
879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 170,440	X	
879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 170,328	X	
879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 144,432	X	
879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 144,432	X	
879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL	$ 103,896	X	
879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A	$ 144,432	X	
879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 161,584	X	
879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	$ 5,600,000	X	
879304	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TCAR)	$ 826,579	X	
879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 210,944	X	
879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 183,056	X	
879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 1,653,600	X	
879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 212,592	X	

879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 144,432	X	
879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$ 437,696	X	
879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 144,432	X	
879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 132,480	X	
879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 132,480	X	
879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 677,586	X	
879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 50,248	X	
879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 5,600,000	X	
879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIA]	$ 5,600,000	X	
879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 1,429,770	X	
879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 516,424	X	
879920	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)	$ 41,505	X	
879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 1,032,847	X	

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)
		MEDIOS DE CONTRASTE	
1	ULTRAVIST300 X 50ML	CISTOGRAFÍA, URETROCISTOGRAFIA, UROGRAFÍA, FISTULOGRAFÍA, SIALOGRAFÍA, COL ANGIOGRAFÍA, HISTEROSALPINGOGRAFIA, GALACTOGRAFIA, CAVERNOGRAFIA. RX ESPECIALES	
2	ULTRAVIST300 X 100ML	TOMOGRAFÍAS	$ 243,187
3	ULTRAVIST300 X 100ML	ANGIOTOMOGRAFIAS (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS)	$ 243,187
4	ULTRAVIST370 X 100ML	TOMOGRAFÍA CORONARIA	$ 372,224
5	GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO)	ESTUDIOS DE RESONANCIA	$ 179,071
6	Gadovist 1Mmol/Ml	ESTUDIOS DE ANGIORESONANCIA,RMN DE MAMA, PROSTATA, RM DE CORAZON.	$ 372,224.26
7	BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	ESÓFAGO, VÍAS DIGESTIVAS	$ 179,071.48
8	AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE	COLON POR ENEMA	$ 174,993
9	PRIMOVIST	HEPATOESPECIFICO	$ 1,241,856
10	CAVERJECT	TAMBIÉN SE ADICIONA AL ESTUDIO DE CAVERNOGRAFIA	$ 137,311
11	GASTROGRAFINA(GASTROVIEW)	CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFÍA	$ 44,562
12	TECNESIO 99M	MEDICINA NUCLEAR	$ 609,470
13	AGENTE ESCLEROSANT		$ 52,025
998702	SOPORTE DE SEDACION PARA	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 378,360

Firma del representante legal
Nombre o razón social: OINSAMED SAS
Identificación :(NIT): 900465319-4
Nombre Representante Legal: SHADIA HABIB POSADA
Identificación (C.C) 32.761.700
Dirección: Carrera 74 # 76-91
Teléfono: : 3112640-3506007508-3180315959
Email: ejecutivocomercial@lmci.com.co



OINSAMED S.A.S CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA	PRESTA EL SERVICIO
		IMÁGENES NO IONIZANTES		SI
1	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$ 56,272	X
2	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 120,936	X
3	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 189,800	X
4	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 38,360	X
5	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 38,360	X
6	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 38,360	X
7	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 189,800	X
8	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 44,984	X
9	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	$ 304,950	X
10	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	$ 401,029	X
11	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 37,176	X
12	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$ 56,920	X
13	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 48,304	X
14	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 82,464	X
15	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 65,520	X
16	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 41,232	X
17	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$ 36,240	X
18	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 48,304	X
19	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 65,848	X
20	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 184,581	X
21	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	$ 51,176	X

22	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 36,696	X
23	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 22,184	X
24	881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 152,315	X
25	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)	$ 225,530	X
26	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$ 550,000	X
27	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 28,680	X
28	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 36,696	X
29	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 41,512	X
30	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 219,791	X
31	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 192,740	X
32	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 373,120	X
33	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 48,304	X
34	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 92,200	X
35	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 38,360	X
36	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 57,880	X
37	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 38,360	X
38	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 48,304	X
39	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 48,304	X
40	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 44,984	X
41	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 48,304	X
42	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 199,290	X
43	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 44,984	X
44	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 44,984	X
45	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 44,984	X
46	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 44,984	X

47	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 44,984	X
48	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$ 199,290	X
49	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 59,760	X
50	881705	ECOGRAFÍA DE PIEL O ANEXOS	$ 61,000	X
51	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$ 1,193,446	X
52	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 145,195	X
53	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 111,688	X
54	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 599,294	X
55	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 599,294	X
56	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 145,195	X
57	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 145,195	X
58	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$ 599,294	X
59	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 599,294	X
60	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 599,294	X
61	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 57,880	X
62	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 241,521	X
63	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 241,521	X
64	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 241,521	X
65	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 123,968	X
66	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 66,528	X
67	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 151,160	X
68	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 151,160	X
69	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 130,800	X
70	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 130,800	X
71	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 130,800	X

122	883905	ESPECTROSCOPIA	$ 2,251,652	X
123	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$ 3,263,137	X
124	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 1,792,460	X
125	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 749,670	X
126	883913	DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 966,022	X

Nombre o razón social: OINSAMED SAS
Identificación :(NIT): 900465319-4
Nombre Representante Legal: SHADIA HABIB POSADA
Identificación (C.C) 32.761.700
Dirección: Carrera 74 # 76-91
Teléfono: : 3112640-3506007508-3180315959
Email: ejecutivocomercial@lmci.com.co

IMÁGENES IONIZANTES PEREZ RADIOLOGOS

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)	PRESTA EL SERVICIO	
		IMÁGENES IONIZANTES		SI	NO
1	61002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	$ 600,000	X	
2	61302	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	$ 600,000	X	
3	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$ 0		X
4	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	$ 0		X
5	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$ 0		X
6	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 0		X
7	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 32,198	X	
8	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$ 70,000	X	
9	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 47,588	X	
10	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 29,580	X	
11	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 42,173	X	
12	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 42,173	X	
13	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 42,173	X	
14	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 29,580	X	
15	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 29,760	X	
16	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 29,760	X	
17	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 29,580	X	
18	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 29,580	X	
19	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 29,580	X	
20	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 29,760	X	
21	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 29,580	X	
22	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 29,760	X	
23	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 29,760	X	
24	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 32,970	X	
25	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 32,970	X	
26	870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 32,970	X	
27	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 36,083	X	
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 36,083	X	
29	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 35,318	X	
30	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 35,317	X	
31	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 44,010	X	
32	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 35,528	X	
33	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 250,000	X	
34	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 125,805	X	
35	871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 48,383	X	
36	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 35,318	X	
37	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 27,263	X	
38	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 30,990	X	
39	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 28,313	X	
40	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 30,990	X	
41	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 28,313	X	
42	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 38,633	X	
43	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 36,555	X	
44	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 48,525	X	
45	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 199,388	X	
46	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 217,485	X	

48	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 300,000	X	
49	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 89,280	X	
50	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 98,745	X	
51	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 205,042	X	
52	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$ 160,000	X	
53	873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	$ 0		X
54	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 22,095	X	
55	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 28,635	X	
56	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 22,095	X	
57	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 28,635	X	
58	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 22,095	X	
59	873123	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 28,635	X	
60	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 12,660	X	
61	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 28,635	X	
62	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 22,095	X	
63	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 22,095	X	
64	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 22,095	X	
65	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	$ 32,228	X	
66	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 12,660	X	
67	873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS	$ 70,000	X	
68	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36"	$ 125,805	X	
69	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17"	$ 48,383	X	
70	873308	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$ 0		X
71	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 36,015	X	
72	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 28,635	X	
73	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 28,635	X	
74	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 28,635	X	
75	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 22,095	X	
76	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 22,095	X	
77	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 28,635	X	
78	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 27,263	X	
79	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 12,660	X	
80	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 28,635	X	
81	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 12,660	X	
82	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 36,600	X	
83	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 22,095	X	
84	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 12,660	X	
85	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 12,660	X	
86	874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	$ 0		X
87	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$ 0		X
88	874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$ 0		X
89	874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	$ 0		X
90	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$ 0		X

91	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 0		X
92	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 0		X
93	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 0		X
94	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 0		X
95	876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	$ 0		X
96	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 86,670	X	
97	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 110,000	X	
98	876803	TOMOSÍNTESIS	$ 0		X
99	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$ 0		X
100	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$ 0		X
101	877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$ 69,885	X	
102	877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$ 69,885	X	
103	877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$ 69,885	X	
104	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	$ 0		X
105	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 82,193	X	
106	877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 181,365	X	
107	877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	$ 51,480	X	
108	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	$ 197,000	X	
109	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 114,900	X	
110	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$ 197,000	X	
111	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 197,000	X	
112	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 197,000	X	
113	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 197,000	X	
114	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	$ 0		X
115	877940	VAGINOGRAFÍA	$ 0		X
116	878906	FISTULOGRAFÍA EN SITIO NO ESPECIFICADO	$ 0		X
117	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 146,000	X	
118	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 385,000	X	
119	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 550,000	X	
120	879114	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	$ 0		X
121	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 159,800	X	
122	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 124,200	X	
123	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 159,800	X	
124	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 159,800	X	
125	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 159,800	X	
126	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 160,000	X	
127	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 135,500	X	
128	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 135,500	X	
129	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL	$ 97,500	X	
130	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A	$ 135,500	X	
131	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 151,500	X	
132	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	$ 2,990,000	X	
133	879304	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TCAR)	$ 0		X
134	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 197,800	X	
135	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 171,700	X	
136	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 459,305	X	
137	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 199,300	X	
138	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 136,000	X	
139	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$ 200,000	X	

140	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 136,000	X	
141	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 125,000	X	
142	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 150,000	X	
143	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 220,000	X	
144	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS	$ 220,000	X	
145	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 200,000	X	
146	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$ 2,990,000	X	
147	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$ 220,000	X	
148	879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 0		X
149	879920	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)	$ 41,505	X	
150	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 106,193	X	
No.	**CUPS**	**DESCRIPCION Y/O SERVICIO**	**VALOR TARIFA PROPIA (COP)**		
		MEDIOS DE CONTRASTE			
1	ULTRAVIST300 X 50ML	CISTOGRAFÍA, URETROCISTOGRAFIA, UROGRAFÍA, FISTULOGRAFÍA, SIALOGRAFÍA, COL ANGIOGRAFÍA, HISTEROSALPINGOGRAFIA, GALACTOGRAFIA, CAVERNOGRAFIA. RX ESPECIALES	$ 130,000	SI	
2	ULTRAVIST300 X 100ML	TOMOGRAFÍAS	$ 240,000	SI	
3	ULTRAVIST300 X 100ML	ANGIOTOMOGRAFIAS (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS)	$ 240,000	SI	
4	ULTRAVIST370 X 100ML	TOMOGRAFÍA CORONARIA	$ 260,000	SI	
5	GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO	ESTUDIOS DE RESONANCIA	$ 350,000	SI	
6	Gadovist 1Mmol/Ml	ESTUDIOS DE ANGIORESONANCIA,RMN DE MAMA, PROSTATA, RM DE CORAZON.	$ 350,000	SI	
7	BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	ESÓFAGO, VÍAS DIGESTIVAS	$ 120,000	SI	
8	AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE	COLON POR ENEMA	$ 120,000	SI	
9	PRIMOVIST	HEPATOESPECIFICO	$ 450,000	SI	
10	CAVERJECT	TAMBIÉN SE ADICIONA AL ESTUDIO DE CAVERNOGRAFIA	$ 100,000	SI	
11	GASTROGRAFINA(GASTROVIEW)	CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFÍA	$ 130,000	SI	
12	TECNESIO 99M	MEDICINA NUCLEAR	$ 0	NO	
13	AGENTE ESCLEROSAN		$ 0	NO	
998702	SOPORTE DE SEDACION	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 450,000	SI	

IMAGENES NO IONIZANTES PEREZ RADIOLOGOS

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR TARIFA PROPIA (COP)	PRESTA EL SERVICIO	
		IMÁGENES NO IONIZANTES		SI	NO
1	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$ 52,755	X	
2	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 113,378	X	
3	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 45,285	X	
4	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 35,963	X	
5	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 35,963	X	
6	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 35,963	X	
7	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 35,963	X	
8	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 42,173	X	
9	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	$ 248,227	X	
10	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	$ 600,000	X	
11	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 34,853	X	
12	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$ 83,264	X	
13	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 45,285	X	
14	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 77,310	X	
15	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 61,425	X	
16	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 38,655	X	
17	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$ 33,975	X	
18	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 45,285	X	
19	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 61,733	X	
20	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 160,000	X	
21	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	$ 47,978	X	
22	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 34,403	X	
23	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 20,798	X	
24	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 72,608	X	
25	881410	ECOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)	$ 0		X
26	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$ 0		X
27	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 26,888	X	
28	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 34,403	X	
29	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 38,918	X	
30	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	$ 38,918	X	
31	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 62,370	X	
32	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 62,370	X	
33	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 45,285	X	
34	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 86,438	X	
35	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 35,963	X	
36	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 54,263	X	
37	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 35,963	X	
38	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 45,285	X	
39	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 45,285	X	
40	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 42,173	X	
41	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 42,173	X	
42	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 42,173	X	
43	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 42,173	X	
44	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 42.173	X	

45	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 45,285	X	
46	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 42,173	X	
47	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 42,173	X	
48	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$ 42,173	X	
49	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 53,025	X	
50	881705	ECOGRAFÍA DE PIEL O ANEXOS	$ 0		X
51	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$ 287,330	X	
52	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 136,200	X	
53	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 104,800	X	
54	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 136,200	X	
55	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 127,725	X	
56	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 104,708	X	
57	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 104,708	X	
58	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$ 104,708	X	
59	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 127,725	X	
60	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 104,708	X	
61	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 40,697	X	
62	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 54,263	X	
63	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 127,725	X	
64	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 127,725	X	
65	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 116,220	X	
66	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 62,370	X	
67	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 141,713	X	
68	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 141,713	X	
69	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 122,625	X	
70	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 122,625	X	
71	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 189,000	X	
72	882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 94,500	X	
73	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO	$ 70,998	X	
74	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$ 104,708	X	
75	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 206,145	X	
76	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 170,000	X	
77	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 549,100	X	
78	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 549,100	X	
79	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 549,053	X	
80	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	$ 421,000	X	
81	883106	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA	$ 0		X
82	883107	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	$ 1,653,200	X	
83	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 411,263	X	
84	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 1,098,200	X	
85	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 549,100	X	
86	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 549,100	X	
		RESONANCIA MAGNETICA DEL HIPOCAMPO CON ANALISIS			X

88	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 549,100	X	
89	883211	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 935,222	X	
90	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 549,100	X	
91	883221	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE	$ 935,222	X	
92	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 549,100	X	
93	883231	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 935,222	X	
94	883232	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION SACROILIACA SIMPLE	$ 549,100	X	
95	883233	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION SACROILIACA CON CONTRASTE	$ 935,222	X	
96	883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 549,100	X	
97	883235	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$ 935,222	X	
98	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 549,100	X	
99	883321	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	$ 549,053	X	
100	883322	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$ 4,514,891	X	
101	883324	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION FUNCIONAL	$ 549,053	X	
102	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 582,915	X	
103	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$ 395,200	X	
104	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 549,100	X	
105	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 411,300	X	
106	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 0		X
107	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$ 549,053	X	
108	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$ 0		X
109	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 549,100	X	
110	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 549,053	X	
111	883442	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA	$ 0		X
112	883443	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA	$ 549,053	X	
113	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 421,000	X	
114	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 421,000	X	
115	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 420,930	X	
116	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 420,930	X	
117	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 411,263	X	
118	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO	$ 0		X
119	883701	RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE CURLENCIA VASCULAR)	$ 582,915	X	
120	883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 0		X
121	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$ 518,288	X	
122	883905	ESPECTROSCOPIA	$ 0		X
123	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$ 549,053	X	
124	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 582,915	X	
125	883911	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$ 518,288	X	
126	883913	DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 0		X

