

OFERTA ECONOMICA

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

PRIMER ITEM

ITEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA, HEMATONCOLOGIA Y HEMATOLOGÍA, EN EL AMBITO AMBULATORIO, PARA EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS AMBULATORIOS, POR CONSULTA EXTERNA O POR EVENTOS PROGRAMADOS, QUE INCLUYAN LA DISPENSACION Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS E INSUMOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8	_____ %

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

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

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

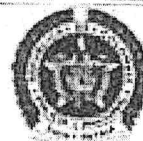
• SEGUNDO ITEM

<u>CIRCULAR 018-019 DE 2024</u>	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	MARCAR EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACION
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) menor o igual a \$1.150.000.	Entre el 0% y el 3.9%	25 puntos	_____ %
	Entre el 4% y el 6.9%	15 puntos	
	El 7%	5 puntos	

• TERCER ITEM

<u>CIRCULAR 018-019 DE 2024</u>	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	MARCAR EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACION
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) con un valor mayor a \$1.150.000. el oferente	Entre el 0% y el 1.9%	25 puntos	_____ %
	Entre el 2% y el 3.4%	15 puntos	
	El 3.5%	5 puntos	

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

POLICÍA NACIONAL

puede ofertar el siguiente porcentaje de intermediación para los medicamentos

• CUARTO ITEM

MEDICAMENTOS NO REGULADOS	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	MARCAR EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN
<u>MEDICAMENTOS NO REGULADOS</u>	Entre el 0% y el 3.9%	25 puntos	_____ %
El oferente deberá ofrecer un único porcentaje de intermediación que oscila entre el 0% y el 7%.	Entre el 4% y el 5.9%	10 puntos	
<u>NOTA: NOTA: El porcentaje ofertado será aplicado al precio de compra cuando se presente la facturación.</u>	Entre el 6% y el 7%	5 puntos	

• QUINTO ITEM

CIRCULAR 018-019 DE 2024	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	MARCAR EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN
Para los INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS se pagarán al valor de Precio techo establecido más la intermediación según la oferta	Entre el 0% y el 4.9%	25 puntos	_____ %
	Entre el 5% y el 7.9%	10 puntos	
	Entre el 8% y el 10%	5 puntos	

NOTA: El oferente que supere el porcentaje % de intermediación establecido en los ítems segundo, tercero, cuarto y quinto de la oferta económica (medicamentos regulados, medicamentos no regulados, e insumos medico quirúrgicos), se entenderá como NO OFRECIDO dicho ítem y se estipulará cero (0).

El proponente

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Elaboración de estudios previos para contratos

Identificación (NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐): Elaboración de estudios previos para contratos

Nombre Representante Legal: Elaboración de estudios previos para contratos

Identificación (C.C. ☐ C.E. ☐): Elaboración de estudios previos para contratos

Dirección: Elaboración de estudios previos para contratos

Teléfono: Elaboración de estudios previos para contratos

Email: Elaboración de estudios previos para contratos

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

POLICÍA NACIONAL

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	PRECIOS TECHOS
CONSULTA POR PRIMERA VEZ			
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE TORAX	\$ 105.398
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 98.080
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 103.943
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GENETICA MEDICA	\$ 118.718
5	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	\$ 74.128
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR HEMATOLOGIA	\$ 85.817
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 88.505
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 81.716
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA	\$ 84.281
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA PEDIATRICA	\$ 82.495
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR RADIOTERAPIA	\$ 60.825
12	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	\$ 101.668
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			
13	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	\$ 76.240
14	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	\$ 71.178
15	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	\$ 97.499
16	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 91.026
17	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 101.403
18	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	\$ 109.159
19	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	\$ 62.295
20	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 75.130
21	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 70.489
22	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	\$ 78.520
23	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 60.575
24	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA ONCOLOGICA	\$ 86.166
TELETERAPIAS			
25	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]	\$ 5.977.904
26	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	\$ 12.626.503
27	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]	\$ 11.548.595

1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

POLICÍA NACIONAL

28	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL)	\$ 5.954.530
29	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	\$ 8.921.277
PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS			
30	898004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	\$ 93.070
31	992501	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE INDUCCIÓN	\$ 802.636
32	992502	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL	\$ 255.409
33	992504	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 440.945
34	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 546.784
35	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 309.621
36	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 323.892
37	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	\$ 154.204
SALA			
38	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	\$ 22.768
39	7DS005	DERECHOS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	\$ 71.393



CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

POLICÍA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía PN RASES8 SA MC _____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 **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8**

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES



POLICÍA NACIONAL

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

Ciudad. -

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía PN RASES8 SA MC _____ - 2026

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 incurso 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 EN SALUD No.8, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, 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 PRESENTACION DE LA PROPUESTA

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar 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 cuantía PN RASES8 SA MC _____ 2026 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 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 _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación pública, me permito presentar, en nombre de Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de contratación de mínima cuantía cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8**

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación pública 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 pública de conformidad con el formulario "especificaciones técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

CARTA PRESENTACION DE LA PROPUESTA



POLICÍA NACIONAL

- _____ 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 incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades 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



CARTA PRESENTACION DE LA PROPUESTA

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 así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
13. Que me obligo a suministrar a solicitud de **LA 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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS**CARTA PRESENTACION DE LA PROPUESTA****POLICÍA NACIONAL**

_____ 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



Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

Ciudad.

Ref. Gestión ambiental - proceso de selección abreviada menor cuantía Número PN RASES8 SA MC _____ - 2026 cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 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. _____, manifiesto que con la adjudicación del presente proceso contractual me comprometo a contribuir activamente a la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el control de los impactos ambientales asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios; así mismo me comprometo a promover el mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la Institución.

En cumplimiento de lo anterior, me comprometo a:

- Dar cumplimiento a la legislación ambiental colombiana vigente, de conformidad con la naturaleza de las actividades desarrolladas en el marco del contrato.
- Tramitar, mantener vigentes y cumplir los permisos, concesiones, autorizaciones y/o licencias ambientales que sean requeridos antes, durante y al finalizar la ejecución contractual
- Aplicar buenas prácticas ambientales, tales como el uso eficiente del agua, el ahorro de energía, la adecuada gestión de residuos, el cumplimiento de los límites máximos permisibles de emisiones, el uso de productos biodegradables, y la reducción del uso de plásticos de un solo uso, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- Asegurar la segregación en la fuente, almacenamiento temporal seguro, transporte y disposición final por parte de gestores autorizados, manteniendo manifiestos, actas de disposición final y certificados. Cuando aplique, cumplir el PGRASA u otros planes sectoriales.
- Disponer de convenios y/o contratos vigentes con un gestor externo debidamente autorizado, así como de las actas de disposición final correspondientes. Así mismo, el gestor externo deberá contar con las licencias ambientales vigentes, certificados requeridos por la normatividad aplicable y demás documentos habilitantes. Toda la documentación deberá mantenerse actualizada y, en caso de ser requerida, será remitida al supervisor del contrato.
- Garantizar que el personal bajo mi responsabilidad se encuentre capacitado en temas ambientales relacionados con la gestión integral de residuos, saneamiento básico y cumplimiento ambiental, disponiendo de las actas, registros y certificaciones de capacitación y socialización respectivas.
- Asumir como responsabilidad propia cualquier infracción ambiental derivada de la omisión en la obtención de permisos, concesiones o licencias ambientales que resulten necesarias antes, durante o al finalizar la ejecución del servicio u obra

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
GESTION AMBIENTAL	

- Colaborar y propender por el mejoramiento continuo, con el propósito de identificar, fortalecer e implementar de manera permanente prácticas innovadoras y sostenibles en el desarrollo de las actividades contractuales.
- En caso de que la prestación del servicio se realice en las instalaciones de la unidad, contribuir al cumplimiento de los programas ambientales establecidos por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**, en lo relacionado con el manejo de residuos sólidos y residuos peligrosos, manejo de vertimientos, responsabilidad social, uso eficiente del agua y uso eficiente de la energía.

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

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA



POLICIA NACIONAL

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

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

CUIDAD: _____	FECHA: _____	
Un gerente certifica la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIF Nación.		
1. DOCUMENTOS A ENTREGAR		
PERSONA JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL Acta para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) (si es contribuyente) Fotocopia de la póliza de extranjería (si aplica a este documento que aporte el extranjero). Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.	
Los terceros naturales nacionales o extranjeros, jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a la entidad de la cual se constituyó.		
2. INFORMACIÓN BÁSICA		
2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA		
Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código interno humano: _____		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ Tipo documento de identificación: _____ Cédula de Ciudadanía: _____ Cédula de Extranjería: _____ NIT Persona Jurídica: _____ NIT Persona Natural: _____ Pasaporte: _____ Registro Civil: _____ Tarjeta de Identidad: _____ Otro Tipo Documento: _____		
2.2 INFORMACIÓN PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES		
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES: _____		
3. DATOS INFORMACIÓN GENERAL		
TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL		
Sociedad Anónima ☐ Sociedad Colectiva ☐ Sociedad Comandita por Acciones ☐ Sociedad Comandita Simple ☐ Sociedad de Economía Mixta ☐ Sociedad de Hecho ☐ Sociedad Limitada ☐ Sociedad Sucursal Extranjera ☐ Sociedad Simplificada por Acciones (SAS) ☐	Cooperativa ☐ Empresa Unipersonal ☐ Empresa Comunitaria ☐ Empresa de Servicios ☐ Entidad Pública ☐ Empresa Solidaria de Salud ☐ Entidad sin Ancho de Lucro ☐ Federación o Confederación ☐ Cooperativa de trabajo asociado ☐	Empresa Ind. y Cid del Estado ☐ Asociaciones Mutuales ☐ Fondos de Empleados ☐ Instituto de Economía Solidaria ☐ Procooperativa ☐
TIPO DE CAPITAL PRIVADO ☐ PÚBLICO ☐ MIXTO ☐	ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO SI ☐ NO ☐	
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐ TOTAL ☐		

1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA



POLICÍA NACIONAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
República de Colombia

FORMATO

Datos Básicos Creación Beneficiario
Cuenta SIF Nación

Código: FP-F-039

Versión: 1

Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

A. INFORMACIÓN TRIBUTARIA			
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA			
CA	☐	IMPUESTO TIENRE	☐
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 EXÓGENA	☐	NO CONTRIBUYENTE	☐
REGIMEN COMIS	☐	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐
REGIMEN ORDINARIO	☐	NO RESPONSABLE	☐
ENTIDAD DEL ESTADO	☐	RESPONSABLE	☐
AUTORESTRINADOR	SI ☐ NO ☐		
B. UBICACIÓN			
TIPO DE DIRECCIÓN		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCIÓN PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	
Dirección		Teléfono	
E-mail		Fax	
País		Región	
Ciudad			
Localización	Nacional ☐ Extranjera ☐		
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			
C. REPRESENTANTE LEGAL			
TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Normativo:	
Revisor Fiscal	☐	Tutores y Curadores por los incapaces	☐
Admón.	☐	Mandatarios o Apoderados Generales	☐
Representante legal de Personas Jurídicas	☐	Padres por sus(s) hijo(s) menores	☐
Curadores o Asignatarios	☐	Nombre Representante Legal	
Otros	☐	Tipo doc. identificación	
		No. Doc. identificación	
D. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA			
		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Normativo:	
Entidad Financiera		Número de Cuenta	
Tipo de la cuenta bancaria	Cuenta ☐ 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 SIF-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 BÁSICOS CREACION BENEFICIARIO CUENTA SIF NACIÓN**



Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

Ref. certificado origen lícito de recursos proceso de selección abreviada menor cuantía Número PN
RASES8 SA MC _____ - 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 firmante., identificado con Documentos 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, testaferro, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen 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 ilícitas, 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 ilícito.
 - 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, testaferro, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
5. Que verifiquemos 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.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS	

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:

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



SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.

POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

Ciudad

Referencia: sostenibilidad de precios del proceso de selección abreviada menor cuantía Número PN RASES8 SA MC _____ 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 firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, me comprometo a sostener los Precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso de selección abreviada menor cuantía PN RASES8 SA MC _____-2025, durante la vigencia del contrato y las eventuales suscripciones si esta se llegara a suscribir, así mismo los precios ofertados incluyen la carga tributaria, arancelaria de Ley, todos los costos administrativos como seguros y fletes, no se harán reajustes ni cobros adicionales el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8 .**

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar telefonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL



POLICÍA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Certificado capacidad administrativa y operacional

Yo _____, representante legal de la _____, certifico que la entidad que represento, cuenta la con suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimado a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), se cuenta con la disponibilidad requerida, cobertura requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas por la Regional de Aseguramiento en salud Nro. 8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, por lo cual contamos con la siguiente capacidad:

CAPACIDAD
• Sala de radioterapia:
• Silla de quimioterapia

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

Atentamente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

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

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

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

FORMATO DE VISITA TECNICA



POLICÍA NACIONAL

La Unidad Prestadora de Salud Cesar 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.

ITEM	CRITERIO TECNICO		EVIDENCIA/ OBSERVACIÓN	CUMPLE	
				SI	NO
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS:					
1	309	Dolor y cuidados pallativos			
2	317	Genética			
3	320	Ginecobstetricia			
4	321	Hematología			
5	336	Oncología clínica			
6	366	Cirugía de tórax			
7	373	Cirugía oncológica			
8	379	Ginecología oncológica			
9	391	Oncología y Hematología Pedlátrica			
10	395	Urología oncológica			
11	406	Hematología Oncológica			
12	408	Radioterapia (Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica)			
13	709	Quimioterapia			
14	711	Radioterapia (consulta externa)			
15	714	Servicio farmacéutico			
INFRAESTRUCTURA					
16	SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS				
17	SILLAS DE QUIMIOTERAPIA				
18	SALA DE RADIOTERAPIA				
19	CONSULTA EXTERNA				
20	SALA DE ESPERA				

Expedida el día: _____

Atentamente,

Firma y nombre: Diligenciar el nombre completo del funcionario que realiza la visita

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del funcionario que realiza la visita

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

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones



INDICADORES TÉCNICOS DE CALIDAD, DE GESTIÓN Y RESULTADOS (IMPACTO)

Los siguientes son los indicadores de calidad, gestión y resultados que hasta el momento se han obtenido con la intervención a la población objeto del contrato:

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

Para garantizar un control eficiente y transparente de la ejecución contractual, se ha implementado un sistema de semaforización. Esta herramienta visual permite identificar rápidamente el estado de cumplimiento de los compromisos y facilitar la toma de decisiones basada en datos precisos.

Las convenciones definidas para la medición de los indicadores son las siguientes:

- Azul (Sobresaliente): El desempeño supera las metas establecidas, evidenciando una gestión excepcional y un valor agregado en la ejecución.
- Verde (Óptimo): El resultado cumple plenamente con los estándares y cronogramas pactados, situándose dentro del rango de normalidad esperado.
- Amarillo (Insuficiente): Se identifican desviaciones menores o metas alcanzadas parcialmente. Requiere atención inmediata y ajustes para evitar el escalamiento a niveles críticos.
- Rojo (Deficiente): El resultado está significativamente por debajo de los niveles mínimos aceptables, indicando un incumplimiento que compromete los objetivos del contrato.

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

La implementación de este sistema es fundamental para transformar datos técnicos en información accionable. La semaforización permite que cualquier interesado realice un seguimiento intuitivo y ágil, facilitando la interpretación inmediata del desempeño sin necesidad de análisis exhaustivos de cifras complejas.

Al estandarizar la evaluación, se garantiza una comunicación clara entre las partes, permitiendo priorizar esfuerzos en las áreas críticas (rojo y amarillo) y mantener la estabilidad en los procesos exitosos, así como la activación del análisis por parte de los equipos técnicos en cada unidad.

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMAFORO)
Calidad	Proporción de satisfacción global del usuario del servicio	Numerador: Número de usuarios que califican como buena o muy buena su experiencia global respecto a la atención recibida Denominador: Número total de usuarios que respondieron la encuesta de satisfacción.	

Indicador Nro 1.

1. Nombre: Proporción de satisfacción global

2. Descripción: Es un indicador clave de calidad que mide el porcentaje de usuarios que reportan estar satisfechos con la totalidad de la atención recibida en una institución de salud, evaluando aspectos como la calidad del servicio, la comunicación, la accesibilidad y la empatía del personal, a través de encuestas aplicadas a pacientes.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022



POLICÍA NACIONAL

3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido? en el servicio Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición	
La evaluación del indicador se realizará de forma gradual para permitir el despliegue de las herramientas de captura de información y la implementación de planes de mejora en el servicio:	
Mes 1: El objetivo principal será alcanzar el tamaño de muestra mínimo representativo (el 10% de los usuarios atendidos); el contratista deberá presentar un informe de barreras detectadas.	
Mes 2 a Mes 4: Se exigirá un cumplimiento mínimo del 80% sobre la meta establecida (si la meta es 90% de satisfacción, el umbral de aceptación será 70%), el prestador debe demostrar que ha implementado acciones correctivas sobre las quejas del mes anterior.	
Mes 5 en adelante: Cumplimiento del 100% de la meta pactada. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Res 1446 de 2006
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas	

Indicador Nro. 2

1. Tiempo: promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada
2. Descripción: Mide el número de días que transcurren, en promedio, desde el momento en que un usuario solicita una cita de medicina especializada de primera vez hasta la fecha efectiva en que la institución le asigna el espacio en la agenda. Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso a la atención especializada y la capacidad de respuesta de la red prestadora, permitiendo identificar barreras administrativas o falta de oferta de especialistas.
3. Unidad de medida: Días

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022



POLICÍA NACIONAL

4. Fórmula	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
1. Progresividad de la medición	La evaluación del indicador de oportunidad en medicina especializada se aplicará de manera gradual, permitiendo la estabilización del modelo de atención y la depuración de la demanda acumulada, bajo el siguiente esquema: Mes 1: Durante el primer mes de ejecución se medirá el estado inicial de la agenda y se ajustarán los canales de solicitud del prestador. Mes 2 a Mes 4: El cumplimiento exigido será del 80% respecto a la meta establecida (Si la meta son 15 días, se aceptará un margen de tolerancia hasta de 25 días mientras se ajustan las agendas). Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del 100% de carácter obligatorio. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Res 4678, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Seguridad del paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Numerador Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos Denominador: Total de personas atendidas	

Indicador Nro. 3

1. Nombre:	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos
2. Descripción:	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos
3. Unidad de medida:	Porcentaje
4. Fórmula	Numerador Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos Denominador: Total de personas atendidas
5. Periodicidad de medición	Mensual

11F-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022



POLICÍA NACIONAL

6. Progresividad de la medición

Dada la naturaleza crítica del servicio y la vulnerabilidad de la población del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, la progresividad se orienta a la detección temprana y prevención de riesgos:

Mes 1: El prestador deberá socializar con la supervisión sus protocolos de "Correctos en la administración de medicamentos" y el sistema de reporte en línea. Durante este mes, el enfoque será pedagógico; se evaluará la capacidad de reporte y no la tasa de incidencia.

Mes 2 a 3: Se permitirá un margen de tolerancia basado en el perfil epidemiológico de las personas atendidas. El contratista deberá entregar análisis de "Casi fallas" (incidentes que no llegaron a causar daño) como medida preventiva. El cumplimiento de la meta debe alcanzar al menos el 90% de efectividad respecto al estándar.

Mes 4 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Resolución 2003 de 2014 y demás disposiciones vigentes. Política de seguridad de paciente. Prácticas Seguras: uso seguro de medicamentos y otras disposiciones vigentes.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Estructura	Proporción de cancelación de cirugía	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución Denominador: Número total de cirugías programadas	

Indicador Nro. 4

1. Nombre: Proporción de cancelación de cirugía

2. Descripción: Expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a la institución.

3. Unidad de medida: Porcentaje

4. Fórmula

Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución
Denominador: Número total de cirugías programadas

5. Periodicidad de medición

Mensual

6. Progresividad de la medición

Mes 1: Se utilizará para identificar las causas raíz de cancelación (ej. falta de insumos, fallas en esterilización o falta de especialista), el prestador debe presentar un **Plan de Choque** si la tasa supera el 10% inicial.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022



POLICÍA NACIONAL

Mes 2 a 4: El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta final**. Durante esta fase, el prestador debe garantizar que la confirmación de la cirugía y la disponibilidad de materiales se realice con al menos 48 horas de antelación.

Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441, las cancelaciones por causas atribuibles a la institución (como falta de insumos o personal) se considerarán una falla en la gestión del riesgo.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001 y otras disposiciones vigentes Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	7% >8%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

**INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL
(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)**

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Oportunidad de pago	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 días Denominador: total facturas validas radicadas en el periodo	89% - 80% 79% - 70%

Indicador Nro 1

1. Nombre: Oportunidad de pago (LEY 1122 DE 2007)

2. Descripción Este indicador busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones definidas en cuanto a los procesos de facturación y pagos, definidos en la ley 1122 de 2007 entre las partes.

3. Unidad de medida: porcentaje

4. Fórmula
Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 días
Denominador: total facturas validas radicadas en el periodo

5. Periodicidad de medición trimestral

6. Progresividad de la medición

Mes 1-2: Se utilizará para estandarizar los requisitos de la factura (soportes, RIPS). Durante este periodo se identificarán los cuellos de botella en la radicación.

Mes 2-3: Se exigirá un cumplimiento mínimo del **80% de las facturas válidas** pagadas dentro del término legal, el prestador y la entidad deben demostrar la reducción de glosas injustificadas.

Mes 4 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441 de 2022

7. Tipología Gestión

8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A

1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
INDICADORES DECRETO 441 DE 2022	

9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	>80% 89% - 80% 79% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	>90% 80% 70%

Indicador Nro 2	
1. Nombre: Índice de Conversión de Servicios Facturados	
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de Ejecución Presupuestal y Conciliación de Servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea un reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto reportado supere los límites financieros asignados, con el fin de detectar desviaciones o sobre-ejecuciones de manera temprana.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total servicios prestados en el mes anterior Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición	
La medición busca la transparencia en el reporte de costos y la eliminación de la facturación represada:	
Mes 1-2: Periodo de ajuste entre los sistemas de información del prestador y la entidad responsable del pago. mes	
Mes 3 en adelante: El Índice debe tender al 100%. Una desviación superior al 5% (hacia arriba o hacia abajo) obligará al contratista a presentar un informe de justificación técnica sobre la frecuencia de uso de servicios o fallas en el proceso de facturación.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Decreto 441 de 2022 (Art. 2.5.3.4.1.3): Que establece la obligación de definir mecanismos de seguimiento a la ejecución del contrato y la gestión del riesgo financiero. Decreto 4747 de 2007: Regula la relación entre prestadores y pagadores, específicamente en lo relacionado con soportes de facturación y radicación.
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70%

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022



POLICÍA NACIONAL

11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado 6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	>90% 80% 70%

Indicador Nro 3

1. Nombre: Tasa de Precisión de Facturación

2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de eficiencia y calidad en el proceso de facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado.

Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.

3. Unidad de medida: porcentaje

4. Fórmula Numerador: Total facturas sin glosas en el mes
Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo

5. Periodicidad de medición trimestral

6. Progresividad de la medición

La evaluación de la precisión en la facturación se aplicará de forma gradual para permitir que el equipo de facturación del prestador se alinee con el manual de glosas de la entidad:

Mes 2: Se considera un periodo de **ajuste técnico**. Se medirá el indicador sin impacto en la calificación de desempeño, con el fin de identificar las causas recurrentes de glosa (ej. falta de soportes, errores en RIPS o falta de autorización). El cumplimiento esperado es del **85%**.

Mes 3 (Fase de Estabilización): El prestador deberá haber implementado acciones correctivas sobre las causas detectadas. Se exigirá un cumplimiento mínimo del **92% de precisión** (valor de glosa aceptada vs. valor radicado).

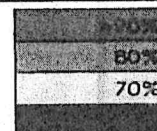
Mes 4 en adelante (Fase de Régimen Permanente): Se exigirá un estándar de excelencia con un cumplimiento del **96% o superior**. Un resultado por debajo de este umbral se considerará una ineficiencia administrativa que afecta la gestión del riesgo financiero.

7. Tipología Gestión

8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A

9. Referente técnico del indicador ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,

10. Meta, umbral o rango esperado



1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	

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.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL "PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL-INCENTIVOS EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA"	

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 cuantía, Número PN RASES8 SA MC ____ 2026 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8**

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

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

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

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

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

Nota 1: los oferentes que 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

1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL "PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL-INCENTIVOS EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA"	

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

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

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

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 del presente obtendrán la asignación puntaje de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**

Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones



FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha

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 MC - 2026 cuyo objeto es la: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente, domiciliado en Domicilio de la persona firmante, identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, 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 Selección abreviada de Menor cuantía, para la celebración de un contrato estatal para. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 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 – Regional de Aseguramiento en Salud No.8**

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

COMPROMISO ANTICORUPCION



POLICÍA NACIONAL

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 MC ____ - 2026 cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 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 registrá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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



COMPROMISO ANTICORUPCION

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 lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

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

¹ Decreto 2153 de 1992, Arts. 44 y 47

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
COMPROMISO ANTICORUPCION	

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



OFERTA ECONOMICA

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

PRIMER ITEM

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8	_____ %

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

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

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

• SEGUNDO ITEM

<u>CIRCULAR 019 DE 2024</u>	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	MARCAR EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACION
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) menor o igual a \$1.150.000.	Entre el 0% y el 3.9%	25 puntos	_____ %
	Entre el 4% y el 6.9%	15 puntos	
	El 7%	5 puntos	

• TERCER ITEM

<u>CIRCULAR 019 DE 2024</u>	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	MARCAR EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACION
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) con un valor mayor a \$1.150.000, el oferente puede ofertar el siguiente porcentaje de intermediación para los medicamentos	Entre el 0% y el 1.9%	25 puntos	_____ %
	Entre el 2% y el 3.4%	15 puntos	
	El 3.5%	5 puntos	

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



POLICÍA NACIONAL

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. (Decreto 723 de 2013, art. 16)

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

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

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

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

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

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

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

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



POLICÍA NACIONAL

- 1.2.3. Evidenciar objetivamente, el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
 - 1.2.4. Participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por el contratante para el área donde desarrollará las actividades.
 - 1.2.5. Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
 - 1.2.6. Practicarse los exámenes ocupacionales que la Policía Nacional o el contratante programe al contratista durante la ejecución contractual.
 - 1.2.7. Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
 - 1.2.8. Entregar al contratante o contratista, los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista.
- 1.3. Para liquidar el contrato al término de su ejecución, el contratista deberá:
- 1.3.1. Presentar un informe escrito al supervisor del contrato, donde evidencie documentalmente el cumplimiento de las responsabilidades asignadas como contratista, en materia de aseguramiento en SST y permita evidenciar objetivamente la participación de estos, en las actividades de promoción y prevención que adopten y estén conforme a los parámetros adoptados en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

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

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal -

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD



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 compete 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 – Regional de Aseguramiento en Salud No.8**.
12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No.8**.
13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponenteIdentificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponenteNombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legalIdentificación (C.C ☐ C.E. ☐): Diligenciar el documento de identificación del representante legalDirección: Diligenciar la dirección del proveedorTeléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedorEmail: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



POLICÍA NACIONAL

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 MC ____ - 2026 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATONCOLOGIA, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS, EN EL AMBITO AMBULATORIO, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8**

El suscrito 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 nombre de la entidad o empresa, quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

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

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

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

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

1LF-FR-0071

Versión:10

aprobación: 17/06/2024

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS**INDICADORES DECRETO 441 DE 2022****POLICÍA NACIONAL**

11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	7 %
---	-----

Parágrafo 1: En caso de presentarse eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación de los servicios o tecnologías en salud, así como el cumplimiento de los indicadores pactados, el contratista deberá notificar por escrito al supervisor del contrato y a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el fin de adelantar los ajustes y modificaciones contractuales que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022.

El canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envío de la información necesaria para la revisión de los indicadores es: deces.upres@policia.gov.co

Parágrafo 2: En caso de que se presenten eventos NO imprevisibles que afecten el cumplimiento de las metas, umbrales o rangos esperados, el supervisor, como primer mecanismo de acción, realizará una reunión con el contratista con el fin de establecer un plan de mejora. Si, durante el siguiente periodo de medición o revisión del indicador, persiste el incumplimiento de las metas, umbrales o rangos pactados, el supervisor remitirá a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 la información correspondiente (informes, actas de acciones de mejora, entre otros) para el trámite administrativo y contractual a que haya lugar.

El seguimiento de los anteriores indicadores durante la ejecución del contrato o acuerdo de voluntad, deberá contener como mínimo:

1. Caracterización de la población.
2. Resultado del indicador y porcentaje o nivel de cumplimiento.
3. Descripción de avances.
4. Fecha de corte.

Del mismo modo deberá efectuarse seguimiento a las acciones administrativas para mejorar y facilitar los procesos de facturación y de gestión de cuentas médicas, así como a los procesos de referencia y contrarreferencia y a las acciones para la atención con y sin mediación de la autorización.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
JEFATURA ADMINISTRATIVA

Nro. GS-2026- 051176 /UPRES-JEFAD-29.25

Valledupar, 02 de junio de 2025

Señora teniente coronel
YANETH ROCIO JEREZ CASTELLANOS
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.8
Av. Circunvalar No. 45-124 barrio el parque
Soledad.

ASUNTO: Solicitud Requerimiento Contractual.

Respetuosamente me permito solicitar a mi Coronel, tenga a bien autorizar el inicio del proceso contractual, con el propósito de contribuir en el desarrollo de las metas estratégicas de la Dirección de Sanidad – Regional de Aseguramiento en Salud No.8, en el sentido de realizar la aprobación al requerimiento contractual cuyo objeto es, **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA, HEMATONCOLOGIA Y HEMATOLOGÍA, EN EL AMBITO AMBULATORIO, PARA EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS AMBULATORIOS, POR CONSULTA EXTERNA O POR EVENTOS PROGRAMADOS, QUE INCLUYAN LA DISPENSACION Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS E INSUMOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8.**

En atención con los lineamientos, directrices y misionalidad de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en cuanto a garantizar de manera integral los servicios médicos y el suministro de elementos a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en virtud a las patologías que padecen, en términos de accesibilidad, disponibilidad y oportunidad, teniendo en cuenta que la Constitución Política en su Artículo 365 establece que "los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional, en el entendido que la salud es un servicio público que debe prestarse en condiciones de oportunidad, calidad permanencia de manera ininterrumpida, contribuyendo a garantizar su calidad de vida, satisfaciendo sus necesidades de salud a través de la integralidad de la administración y prestación de servicios de salud efectivos.

En virtud de lo anterior, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional ejerce sus funciones y competencias por medio de las diferentes dependencias internas y de manera desconcentrada, radicando la competencia para la atención de los servicios de salud a nuestros usuarios y beneficiarios del régimen del subsistema de salud de la Policía Nacional en las Regionales de Aseguramiento en Salud y las Unidades Prestadoras de Salud, dentro de la cual se encuentra la Unidad Prestadora de Salud Cesar.

II). JUSTIFICACIÓN

La Constitución Política de Colombia estableció que son fines esenciales del Estado, servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación, defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. (Art. 2).

Que el artículo 49 de la Constitución Política determina, entre otros aspectos, toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad modificado por el Acto

Legislativo 02 de 2009, artículo 1. "Se garantiza todas las personas al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud" y el artículo 95 del mismo ordenamiento dispone "Son deberes de la persona y del ciudadano: "obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas".

LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015, "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

ARTÍCULO 2. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

"(...) Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (...)"

ARTÍCULO 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 4o. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

ARTÍCULO 5. OBLIGACIONES DEL ESTADO. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

Con el fin de brindar una atención de calidad, valor, oportuna y eficaz a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, resulta conveniente contratar los servicios de oncología y hematología, con el fin que se vean afectados con las diferentes patologías relacionadas, conforme al marco técnico y normativo que más adelante se menciona y dado que la Unidad Prestadora de Salud Cesar no cuenta con el recurso humano, logístico y tecnológico para suministrar ese servicio, necesita integrar un prestador externo que complemente el portafolio de prestadores propios, y con el cual pueda brindar la cobertura requerida para el suministro de servicios y tecnologías en salud a los usuarios.

Bajo este entendido la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, a través de la Unidad Prestadora de Salud Cesar, tiene dentro de sus responsabilidades garantizar la prestación oportuna, continua y eficiente de los servicios de salud requeridos por los usuarios afiliados y beneficiarios de nuestro Subsistema de Salud, en cumplimiento de los principios de accesibilidad, calidad y continuidad en la atención en salud.

En este sentido, y teniendo en cuenta la creciente demanda de servicios médicos relacionadas con el objeto contractual por parte de la población usuaria adscrita a esta Unidad Prestadora de Salud Cesar frente a las patologías oncológicas, se hace necesario asegurar la disponibilidad de estos servicios especializados, los cuales resultan indispensables para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de sus patologías que requieren atención especializada, procedimientos médicos avanzados, apoyo diagnóstico y manejo intrahospitalario.

En ese orden de ideas, la contratación de estos servicios de salud se constituye en una **necesidad institucional prioritaria**, orientada a asegurar la adecuada prestación de los servicios de salud a nuestros usuarios afiliados y beneficiarios adscritos a la Unidad Prestadora de Salud que padecen

este tipo de patologías, así como a la población usuaria de los municipios y corregimientos de su área de influencia.

Contribuir al reconocimiento y abordaje de las condiciones individuales de salud, tanto prevenibles como no prevenibles, que se encuentran influenciadas por determinantes sociales y factores de riesgo modificables asociados al cáncer, articulando las acciones lideradas por la Unidad Prestadora de Salud Cesar, estas acciones estarán orientadas a disminuir la incidencia, progresión y severidad de las enfermedades oncológicas, cuando dichas condiciones se relacionen con circunstancias que pueden ser intervenidas, tales como el fomento del autocuidado, la adopción de estilos de vida saludables y la reducción de factores de riesgo (hábitos alimenticios saludables, control del peso corporal, cesación del consumo de tabaco y alcohol, y adherencia a programas de tamización).

Esta articulación permitirá fortalecer la **detección temprana**, el **diagnóstico oportuno** y el **inicio adecuado del tratamiento oncológico**, así como el seguimiento clínico integral, garantizando la oportunidad, continuidad e integralidad de la atención. De esta manera, se busca mejorar los desenlaces en salud y la calidad de vida de los usuarios identificados dentro de la población con riesgo oncológico o con enfermedad oncológica diagnosticada, a través de intervenciones centradas en la persona y alineadas con los lineamientos de atención integral en cáncer.

Lo anterior para conocimiento de mi Coronel y demás fines que estime pertinentes

Atentamente,

Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

Elaborado por: SI. Zoila Roas Mosquera P. Supervisor del Contrato
Revisado por: TE. Luz Karime Ruiz Quiroz / Jefe de UPRES DECES

Fecha de Elaboración: 02/06/2026
Ubicación: Disco D/gestión. Talento Humano/2026

Calle 14 No. 15-16, Barrio Alfonso López – Valledupar
Teléfono (s) 3505547369
deces.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR
JEFATURA ADMINISTRATIVA

No. GS-2026- 047190 -DECES-UPRES-29.25

Valledupar 21 de mayo del 2026

Señora Teniente Coronel
YANETH ROCIO JEREZ CASTELLANOS
Jefe Regional de aseguramiento en Salud
No. 8 Avenida Circunvalar N. 45-124
Soledad, (Ati)

Asunto: Indicadores Financieros – Proceso de Oncología y Hematología.

Respetuosamente y respondiendo a su solicitud, realizada a través del aplicativo GEPOL, con el documento identificado con el radicado N° GS-2026-047159-DECES, me permito dar respuesta de acuerdo a lo requerido, en cuanto a establecer los indicadores financieros para el proceso de licitación señalado en el documento anteriormente mencionado.

Consiguientemente, la Unidad Prestadora de Salud Bolívar verificara la capacidad financiera de conformidad con la información consignada en los estados financieros, de conformidad con el Decreto 579 del 31 de mayo 2021 y en concordancia con el Decreto 1041 del 21 de junio de 2022.

Por lo tanto, los indicadores de capacidad financiera contenidos en el numeral 3 del artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015 son los siguientes:

- **Índice de Liquidez** = Activo Corriente / Pasivo Corriente, el cual determina la capacidad que tiene un proponente para cumplir con sus obligaciones de corto plazo. A mayor índice de liquidez, menor es la probabilidad de que el proponente incumpla sus obligaciones de corto plazo.
- **Índice de Endeudamiento** = Pasivo Total / Activo Total, el cual determina el grado de endeudamiento en la estructura de financiación (pasivos y patrimonio) del proponente. A mayor índice de endeudamiento, mayor es la probabilidad del proponente de no poder cumplir con sus pasivos.
- **Razón de Cobertura de Intereses** = Utilidad Operacional / Gastos de Intereses, el cual refleja la capacidad del proponente de cumplir con sus obligaciones financieras. A mayor cobertura de intereses, menor es la probabilidad de que el proponente incumpla sus obligaciones financieras.

Y los indicadores de Capacidad Organizacional de acuerdo a lo establecido en el numeral 4 del artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015 son:

- **Rentabilidad sobre patrimonio:** Utilidad Operacional / Patrimonio, el cual determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de los accionistas y mejor la capacidad organizacional del proponente.
- **Rentabilidad sobre activos:** Utilidad Operacional / Activo Total, el cual determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor la capacidad organizacional del proponente. Este indicador debe ser siempre menor o igual que el de rentabilidad sobre patrimonio.

Consideraciones

- La información financiera que se tomará para el presente análisis del sector será con base en la información financiera de la vigencia 2025 suministrada por las entidades que más adelante se relacionan.
- La metodología utilizada está sustentada en lo dispuesto y establecido en los manuales y guías elaborados por la Agencia Nacional de Contratación Pública, Colombia Compra Eficiente; partiendo de la obligatoriedad de tener en cuenta los 5 indicadores de orden financiero y organizacional, se tomó información financiera de 3 empresas, las cuales pertenecen al sector de los bienes y/o servicios requeridos.

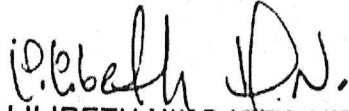
Nº	ENTIDAD	NIT
1	SOCIEDAD DE ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA DEL CESAR SAS	824.000.687-9
2	CLINICA MEDICOS SA	824.001.041-6
3	ODONT JOMAR SAS	900.319.336-5

Por lo anterior y teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad vigente, los indicadores financieros establecidos para el proceso contractual que nos atañe, basados en el conocimiento del sector con relación al objeto del proceso y de los posibles oferentes, serán los siguientes:

INDICADOR	FORMULA	CRITERIOS DE SELECCIÓN
Índice de liquidez	$\frac{\text{activo corriente}}{\text{pasivo corriente}}$	$\geq 1,00$
Índice de endeudamiento	$\frac{(\text{pasivo total} / \text{activo total}) \times 100}{100}$	$\leq 75\%$
Razón de cobertura de interés	$\frac{\text{Utilidad operacional}}{\text{gastos de intereses}}$	≥ 5
Rentabilidad del patrimonio	$\frac{\text{Utilidad operacional}}{\text{patrimonio}}$	$\geq 0,09$
Rentabilidad del activo	$\frac{\text{Utilidad operacional}}{\text{activo total}}$	$\geq 0,05$

aplicación de fórmulas financieras, sino que también respaldan los dos objetivos principales del decreto 1082 del 2015, garantizar la pluralidad de oferentes y minimizar el riesgo para la entidad.

Atentamente,



CPS-04. LILIBETH HINOJOSA NIEVES
Contador Unidad Prestadora de Salud Cesar

Vo. Bo Si TE LUZ KARIME RUIZ QUIROZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

Valledupar, 08 de abril de 2026

Señores
CLINICA MEDICOS S.A
Calle 16B #11-33
subdireccioncontratacion@clinicamedicos.com
Ciudad.

Andrés Sánchez
09/04/2026 11:45 AM
[Signature]

Asunto: Solicitud cotización servicios médicos en oncología

Con el objeto de cumplir con los lineamientos, directrices y misionalidad de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en cuanto a garantizar de manera integral los servicios Oncológicos a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar en virtud a las patologías que padecen, en términos de accesibilidad, disponibilidad y oportunidad, contribuyendo a garantizar su calidad de vida, satisfaciendo sus necesidades de salud a través de la integralidad de la administración y la prestación de servicios de salud efectivos.

Por medio de la presente y con miras a adelantar un nuevo proceso contractual, la Regional de Aseguramiento en Salud Número 8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, se permite solicitar cotización en los siguientes términos:

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA, HEMATONCOLOGIA Y HEMATOLOGÍA EN EL AMBITO AMBULATORIO, PARA EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTAS ESPECIALIDADES, INCLUYENDO SUS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS AMBULATORIOS, POR CONSULTA EXTERNA O POR EVENTOS PROGRAMADOS, QUE INCLUYA LA DISPENSACION Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS E INSUMOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8	
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II. y/o dentro de cinco (05) días hábiles siguiente al recibo de la solicitud	
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	La cotización debe ser por un término no menor a 3 meses.	
VALOR OFRECIDO	El valor para el futuro proceso de contratación es la partida presupuestal que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 destino para garantizar este servicio medico en la Unidad Prestadora de Salud Cesar, el cual se prevé la suma de CUATROCIENTOS DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 417.000.000,00) El o los futuros cotizantes deberán tener en cuenta el valor comercial del objeto, como los gastos que implica la participación de un proceso contractual como son: legalización y ejecución del contrato, impuestos, publicaciones, constitución de garantías, transporte, operaciones, etc.	
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	PLAZO	De acuerdo al Decreto 441 de 2022 Una vez realicen los tramites de legalización del contrato (aprobación de las garantías, expedición del registro presupuestal y la expedición y notificación de la carta de inicio), Se procederá a la prestación de servicios por un periodo el cual será discriminado de la siguiente manera: • VIGENCIA 2026. tendrá un plazo de seis (06) meses contados a partir de la expedición y aprobación de las garantías en la plataforma del SECOP II y la notificación



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

		de la carta de inicio de ejecución y/o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra Nota: se aclara que el futuro proceso no tendrá modificaciones automáticas, las modificaciones en cuanto a prorrogas en su tiempo de ejecución o adiciones presupuestales están sujetos a las condiciones presupuestales y siempre debe mediar acuerdo entre las partes.																									
	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por la ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.																									
	FORMA DE PAGO	Pago por evento (pago retrospectivo) Modalidad de pago posterior al proceso de atención (Decreto 441/2022 art 2.5.3.4.1.3 Numeral 5) El pago es por evento -- retrospectiva, en la cual la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, reconoce y paga al prestador o proveedor cada servicio o tecnología efectivamente prestado, previa facturación y validación, conforme a tarifas y condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades.																									
LUGAR PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO	De acuerdo al artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 441 de 2022 La entidad proponente que le sea adjudicada la futura contratación objeto de la presente cotización, deberá prestar los servicios en la sede o sedes en cuya dirección ofertó en su propuesta, las cuales deben encontrarse debidamente habilitados por el Ministerio de Salud y Protección social o quien haga sus veces y ubicadas, específicamente en la ciudad de Valledupar.																										
MECANISMOS DE COBERTURA DE LOS RIESGOS	Una vez adjudicado el contrato el futuro contratista deberá constituir garantía Única que cubra los siguientes Riesgos: <table border="1"><thead><tr><th></th><th>RIESGO</th><th>APLICA</th><th>%</th><th>COBERTURA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Cumplimiento</td><td>X</td><td>SI</td><td>20%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>X</td><td>SI</td><td>50%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Salarios y prestación sociales</td><td>X</td><td>SI</td><td>5%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Responsabilidad Civil</td><td>x</td><td>SI</td><td>200 smlmv</td><td>VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i></td></tr></tbody></table>			RIESGO	APLICA	%	COBERTURA	Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Responsabilidad Civil	x	SI	200 smlmv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i>
	RIESGO	APLICA	%	COBERTURA																							
Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Responsabilidad Civil	x	SI	200 smlmv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i>																							
ADVERTENCIA	Indicación de que la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado y, por tanto, no constituye en si misma una oferta y consecuentemente NO obliga a las partes.																										



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR COTIZADO EN PESOS
CONSULTA POR PRIMERA VEZ			
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE TORAX	
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA	
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GENETICA MEDICA	
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR HEMATOLOGIA	
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA	
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA	
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA PEDIATRICA	
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR RADIOTERAPIA	
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			
13	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
14	890350_2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
15	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	
16	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	
17	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
18	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	
19	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
20	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	
21	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
22	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
23	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	
24	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	
25	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA ONCOLOGICA	



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

SERVICIOS ONCOLOGICOS A COTIZAR

SE RELACIONAN EN EL DOCUMENTO EXCEL ADJUNTO

La Regional De Aseguramiento En Salud No. 8, no exige ningún tipo de dinero previo al inicio, durante o después de un proceso contractual o durante la ejecución de los contratos, es por ello que se solicita 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 OFERENTE deberá Informar de tal evento a las autoridades competentes para que se adopten las medidas necesarias teniendo en cuenta que el Código Penal Artículo 244. *Extorsión El que constriña a otro a hacer, tolerar u omitir alguna cosa, con el propósito de obtener provecho ilícito o cualquier utilidad ilícita o beneficio ilícito, para sí o para un tercero, incurrirá en prisión de ciento noventa y dos (192) a doscientos ochenta y ocho (288) meses y multa de ochocientos (800) a mil ochocientos (1.800) salarios mínimos legales mensuales vigentes.* En caso de presentarse alguna situación por favor comuníquese a la línea gratuita GAULA 165, 123 para que sea atendido por un Investigador GAULA de la jurisdicción.

LUGAR DE ENTREGA DE LA COTIZACIÓN: A través de la plataforma SECOP II y/o en la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR ubicada en la Calle 14 No. 15-16 Barrio Alfonso López. Oficina Jefatura Upres Cesar y/o oficina de contratos o a los correos electrónicos deces.upres@policia.gov.co.

Atentamente,

Subintendente.  **ZOLLA ROSA MOSQUERA PALACIOS**
Estructurador estudios previos

Vo. Bo. Si / Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar 

Elaboro: SI. Zolla Rosa Mosquera Palacios
Estructurador Estudios Previos Upres Cesar 

Reviso: CPS. Laura Beatriz Rivadeneira Pitre
Medico Auditora de Referencia y Contrarreferencia

Fecha de elaboración: 08/04//2026

Calle 14 No. 15-16, Barrio Alfonso López – Valledupar
Teléfono (s) 3505547369
deces.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

		TELETERPIAS	
26	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL (3D - CRT) - PAQUETE	
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT) - PAQUETE	
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES (IGRT)	
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) - PAQUETE	
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS - PAQUETE	
		PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS	
31	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
32	898008	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
33	992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	
34	992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	
35	992504	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
36	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
37	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	
38	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	
39	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	
		SALAS	
40	5DS003	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS O CURACIONES	
41	7DS006	SALA DE QUIMIOTERAPIA	



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

Valledupar, 08 de abril de 2026

Señores
CLINICA REINA DEL SOL SAS.
carrera 15 no. 14-36 barrio Alfonso López
contratacion@cr-elisaclara.com.co
Ciudad.

*Recibido
Luddy Santiago
11:28 Am
09-Abril-2026*

Asunto: Solicitud cotización servicios médicos en oncología

Con el objeto de cumplir con los lineamientos, directrices y misionalidad de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en cuanto a garantizar de manera integral los servicios Oncológicos a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar en virtud a las patologías que padecen, en términos de accesibilidad, disponibilidad y oportunidad, contribuyendo a garantizar su calidad de vida, satisfaciendo sus necesidades de salud a través de la integralidad de la administración y la prestación de servicios de salud efectivos.

Por medio de la presente y con miras a adelantar un nuevo proceso contractual, la Regional de Aseguramiento en Salud Número 8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, se permite solicitar cotización en los siguientes términos:

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA, HEMATONCOLOGIA Y HEMATOLOGÍA EN EL AMBITO AMBULATORIO, PARA EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTAS ESPECIALIDADES, INCLUYENDO SUS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS AMBULATORIOS, POR CONSULTA EXTERNA O POR EVENTOS PROGRAMADOS, QUE INCLUYA LA DISPENSACION Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS E INSUMOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8	
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II. y/o dentro de cinco (05) días hábiles siguiente al recibo de la solicitud	
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	La cotización debe ser por un término no menor a 3 meses.	
VALOR OFRECIDO	El valor para el futuro proceso de contratación es la partida presupuestal que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 destino para garantizar este servicio medico en la Unidad Prestadora de Salud Cesar, el cual se prevé la suma de CUATROCIENTOS DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 417,000.000,00) El o los futuros cotizantes deberán tener en cuenta el valor comercial del objeto, como los gastos que implica la participación de un proceso contractual como son: legalización y ejecución del contrato, impuestos, publicaciones, constitución de garantías, transporte, operaciones, etc.	
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	PLAZO	De acuerdo al Decreto 441 de 2022 Una vez realicen los tramites de legalización del contrato (aprobación de las garantías, expedición del registro presupuestal y la expedición y notificación de la carta de inicio), Se procederá a la prestación de servicios por un periodo el cual será discriminado de la siguiente manera: • VIGENCIA 2026. tendrá un plazo de seis (06) meses contados a partir de la expedición y aprobación de las garantías en la plataforma del SECOP II y la notificación



DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN

Página

		de la carta de inicio de ejecución y/o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra Nota: se aclara que el futuro proceso no tendrá modificaciones automáticas, las modificaciones en cuanto a prorrogas en su tiempo de ejecución o adiciones presupuestales están sujetos a las condiciones presupuestales y siempre debe mediar acuerdo entre las partes.																									
	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por la ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.																									
	FORMA DE PAGO	Pago por evento (pago retrospectivo) Modalidad de pago posterior al proceso de atención (Decreto 441/2022 art 2.5.3.4.1.3 Numeral 5) El pago es por evento -- retrospectiva, en la cual la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, reconoce y paga al prestador o proveedor cada servicio o tecnología efectivamente prestado, previa facturación y validación, conforme a tarifas y condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades.																									
LUGAR PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO	De acuerdo al artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 441 de 2022 La entidad proponente que le sea adjudicada la futura contratación objeto de la presente cotización, deberá prestar los servicios en la sede o sedes en cuya dirección ofertó en su propuesta, las cuales deben encontrarse debidamente habilitados por el Ministerio de Salud y Protección social o quien haga sus veces y ubicadas, específicamente en la ciudad de Valledupar.																										
MECANISMOS DE COBERTURA DE LOS RIESGOS	Una vez adjudicado el contrato el futuro contratista deberá constituir garantía Única que cubra los siguientes Riesgos: <table border="1"><thead><tr><th></th><th>RIESGO</th><th>APLICA</th><th>%</th><th>COBERTURA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Cumplimiento</td><td>X</td><td>SI</td><td>20%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>X</td><td>SI</td><td>50%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Salarios y prestación sociales</td><td>X</td><td>SI</td><td>5%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Responsabilidad Civil</td><td>x</td><td>SI</td><td>200 sm/mv</td><td>VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <u>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</u></td></tr></tbody></table>			RIESGO	APLICA	%	COBERTURA	Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Responsabilidad Civil	x	SI	200 sm/mv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <u>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</u>
	RIESGO	APLICA	%	COBERTURA																							
Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Responsabilidad Civil	x	SI	200 sm/mv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <u>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</u>																							
ADVERTENCIA	Indicación de que la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado y, por tanto, no constituye en si misma una oferta y consecuentemente NO obliga a las partes.																										



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

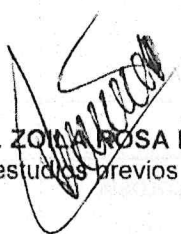
SERVICIOS ONCOLOGICOS A COTIZAR

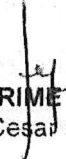
SE RELACIONAN EN EL DOCUMENTO EXCEL ADJUNTO

La Regional De Aseguramiento En Salud No. 8, no exige ningún tipo de dinero previo al inicio, durante o después de un proceso contractual o durante la ejecución de los contratos, es por ello que se solicita 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 OFERENTE deberá Informar de tal evento a las autoridades competentes para que se adopten las medidas necesarias teniendo en cuenta que el Código Penal Artículo 244. *Extorsión El que constriña a otro a hacer, tolerar u omitir alguna cosa, con el propósito de obtener provecho ilícito o cualquier utilidad ilícita o beneficio ilícito, para sí o para un tercero, incurrirá en prisión de ciento noventa y dos (192) a doscientos ochenta y ocho (288) meses y multa de ochocientos (800) a mil ochocientos (1.800) salarios mínimos legales mensuales vigentes.* En caso de presentarse alguna situación por favor comuníquese a la línea gratuita GAULA 165, 123 para que sea atendido por un Investigador GAULA de la jurisdicción.

LUGAR DE ENTREGA DE LA COTIZACIÓN: A través de la plataforma SECOP II y/o en la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR ubicada en la Calle 14 No. 15-16 Barrio Alfonso López, Oficina Jefatura Upres Cesar y/o oficina de contratos o a los correos electrónicos deces.upres@policia.gov.co.

Atentamente,


Subintendente. **ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS**
Estructurador estudios previos


Vo. Bo. Si / Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar


Elaboro: SI. Zoila Rosa Mosquera Palacios
Estructurador Estudios Previos Upres Cesar

Reviso: CPS. Laura Beatriz Rivadeneira Pitre
Medico Auditora de Referencia y Contrarreferencia

Fecha de elaboración: 08/04/2026

Calle 14 No. 15-16, Barrio Alfonso López – Valledupar
Teléfono (s) 3505547369
deces.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

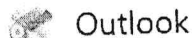
No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR COTIZADO EN PESOS
		CONSULTA POR PRIMERA VEZ	
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE TORAX	
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA	
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GENETICA MEDICA	
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR HEMATOLOGIA	
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA	
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA	
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA PEDIATRICA	
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR RADIOTERAPIA	
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	
		CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO	
13	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
14	890350_2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
15	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	
16	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	
17	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
18	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	
19	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
20	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	
21	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
22	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
23	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	
24	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	
25	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA ONCOLOGICA	



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

		TELETERPIAS	
26	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL (3D - CRT) - PAQUETE	
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT] - PAQUETE	
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES [IGRT]	
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) - PAQUETE	
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS - PAQUETE	
		PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS	
31	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
32	898008	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
33	992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	
34	992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	
35	992504	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
36	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
37	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	
38	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	
39	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	
		SALAS	
40	5DS003	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS O CURACIONES	
41	7DS006	SALA DE QUIMIOTERAPIA	



Fw: SOLICITUD DE COTIZACION

Desde DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Fecha Jue 16/04/2026 2:47 AM

Para ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS <zaila.mosquera@correo.policia.gov.co>

📎 1 archivo adjunto (13 KB)

COTIZACION DE SERVICIOS MEDICOS EN ONCOLOGIA.xlsx;

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Obtener Outlook para Android

From: Contratacion <contratacion@cr-elisaclara.com.co>

Sent: Wednesday, April 15, 2026 10:48:50 AM

To: DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Subject: SOLICITUD DE COTIZACION

Buenos días,

Por medio de la presente adjuntamos cotización de servicios solicitada.

Agradecemos su atención.

Atentamente,

Luddy Julieth Santiago Palomino
Gestor Administrativo - Contratacion
Clinica Reina del Sol S.A.S
Contacto: 317 3652348
contratacion@cr-elisaclara.com.co

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Este mensaje y sus anexos enviado por deces.upres@policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si no es el destinatario y ha recibido este correo por error, comuníquelo de inmediato al remitente y elimine cualquier copia que pueda tener. No está permitido el uso de su contenido si no es el destinatario, y hacerlo podría tener consecuencias legales, como las establecidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que apliquen. Si es el destinatario, tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

CONFIDENCIALIDAD: Al recibir el acuse recibido por parte de esta dependencia se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario (Ley 527 del 18-08-1999).

 Outlook**RV: SOLICITUD DE COTIZACION**

Desde DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Fecha Mar 14/04/2026 8:37 PM

Para ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS <zaila.mosquera@correo.policia.gov.co>

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Teniente

LUZ KARIME RUIZ QUIROZ

Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

Teléfono: 3505547369

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, transmisión, destrucción o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al proveedor original de la misma es ilegal.

De: Contratacion <contratacion@cr-elisaclara.com.co>

Enviado: martes, 14 de abril de 2026 15:35

Para: DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Asunto: SOLICITUD DE COTIZACION

Bueas tardes,

Por medio de la presente adjuntamos cotización de servicios solicitada.

Agradecemos su atención.

Atentamente,

--

Luddy Julieth Santiago Palomino**Gestor Administrativo - Contratacion**

Clinica Reina del Sol S.A.S

Contacto: 317 3652348

contratacion@cr-elisaclara.com.co

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Mensaje importante

Este mensaje y sus anexos enviado por deces.upres@policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, transmisión, destrucción o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al proveedor original de la misma es ilegal.

CENTRO DE RADIOLOGIA ELISA CLARA RF SAS
COTIZACIÓN SERVICIOS DE SALUD EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA

ITEM	CUPS	CONSULTAS POR PRIMERA VEZ	TARIFA
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	\$ 140.000
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	\$ 140.000
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 140.000
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	\$ 140.000
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA (ONCOLOGIA)	\$ 140.000
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	\$ 240.000
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 140.000
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 140.000
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	\$ 180.000
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 140.000
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 50.000
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	\$ 140.000
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			
13	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	\$ 100.000
14	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 100.000
15	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 140.000
16	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	\$ 100.000
17	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	\$ 100.000
18	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	\$ 100.000
19	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
20	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
21	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	\$ 150.000
22	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
23	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 50.000
24	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	\$ 100.000
25	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	\$ 100.000
TELETERAPIA			
26	922443		\$ 180.000
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉ	\$ 140.000
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉ	\$ 150.000
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULAC	\$ 150.000
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) CON AL	\$ 50.000
PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS			
31	890004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	\$ 61.692
32	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUIMICA (ESPECÍFICO)	\$ 263.120
33	992501	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE INDUCCIÓN	\$ 885.013
34	992502	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL	\$ 150.159
35	992504	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 218.931
36	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 319.346
37	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 206.469
38	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 200.814
39	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	\$ 91.627
SALA			
40	5DS003	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	\$ 60.000
41	7DS006	DERECHOS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	\$ 67.760



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

Valledupar, 08 de abril de 2026

Señores
CLINICA REINA DEL SOL SAS.
carrera 15 no. 14-36 barrio Alfonso López
contratacion@cr-elisaclara.com.co
Ciudad.

*Recibido
Luddy Santiago
11:20 Am
09-Abril-2026*

Asunto: Solicitud cotización servicios médicos en oncología

Con el objeto de cumplir con los lineamientos, directrices y misionalidad de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en cuanto a garantizar de manera integral los servicios Oncológicos a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar en virtud a las patologías que padecen, en términos de accesibilidad, disponibilidad y oportunidad, contribuyendo a garantizar su calidad de vida, satisfaciendo sus necesidades de salud a través de la integralidad de la administración y la prestación de servicios de salud efectivos.

Por medio de la presente y con miras a adelantar un nuevo proceso contractual, la Regional de Aseguramiento en Salud Número 8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, se permite solicitar cotización en los siguientes términos:

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA, HEMATONCOLOGIA Y HEMATOLOGÍA EN EL AMBITO AMBULATORIO, PARA EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTAS ESPECIALIDADES, INCLUYENDO SUS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS AMBULATORIOS, POR CONSULTA EXTERNA O POR EVENTOS PROGRAMADOS, QUE INCLUYA LA DISPENSACION Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS E INSUMOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8	
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II. y/o dentro de cinco (05) días hábiles siguiente al recibo de la solicitud	
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	La cotización debe ser por un término no menor a 3 meses.	
VALOR OFRECIDO	El valor para el futuro proceso de contratación es la partida presupuestal que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 destino para garantizar este servicio medico en la Unidad Prestadora de Salud Cesar, el cual se prevé la suma de CUATROCIENTOS DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 417,000.000,00) El o los futuros cotizantes deberán tener en cuenta el valor comercial del objeto, como los gastos que implica la participación de un proceso contractual como son: legalización y ejecución del contrato, impuestos, publicaciones, constitución de garantías, transporte, operaciones, etc.	
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	PLAZO	De acuerdo al Decreto 441 de 2022 Una vez realicen los tramites de legalización del contrato (aprobación de las garantías, expedición del registro presupuestal y la expedición y notificación de la carta de inicio), Se procederá a la prestación de servicios por un periodo el cual será discriminado de la siguiente manera: • VIGENCIA 2026. tendrá un plazo de seis (06) meses contados a partir de la expedición y aprobación de las garantías en la plataforma del SECOP II y la notificación



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

		de la carta de inicio de ejecución y/o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra Nota: se aclara que el futuro proceso no tendrá modificaciones automáticas, las modificaciones en cuanto a prorrogas en su tiempo de ejecución o adiciones presupuestales están sujetos a las condiciones presupuestales y siempre debe mediar acuerdo entre las partes.																									
	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por la ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.																									
	FORMA DE PAGO	Pago por evento (pago retrospectivo) Modalidad de pago posterior al proceso de atención (Decreto 441/2022 art 2.5.3.4.1.3 Numeral 5) El pago es por evento -- retrospectiva, en la cual la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, reconoce y paga al prestador o proveedor cada servicio o tecnología efectivamente prestado, previa facturación y validación, conforme a tarifas y condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades.																									
LUGAR PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO	De acuerdo al artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 441 de 2022 La entidad proponente que le sea adjudicada la futura contratación objeto de la presente cotización, deberá prestar los servicios en la sede o sedes en cuya dirección ofertó en su propuesta, las cuales deben encontrarse debidamente habilitados por el Ministerio de Salud y Protección social o quien haga sus veces y ubicadas, específicamente en la ciudad de Valledupar.																										
MECANISMOS DE COBERTURA DE LOS RIESGOS	Una vez adjudicado el contrato el futuro contratista deberá constituir garantía Única que cubra los siguientes Riesgos: <table border="1"><thead><tr><th></th><th>RIESGO</th><th>APLICA</th><th>%</th><th>COBERTURA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Cumplimiento</td><td>X</td><td>SI</td><td>20%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACIÓN, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>X</td><td>SI</td><td>50%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Salarios y prestación sociales</td><td>X</td><td>SI</td><td>5%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Responsabilidad Civil</td><td>x</td><td>SI</td><td>200 smlmv</td><td>VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i></td></tr></tbody></table>			RIESGO	APLICA	%	COBERTURA	Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACIÓN, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Responsabilidad Civil	x	SI	200 smlmv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i>
	RIESGO	APLICA	%	COBERTURA																							
Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACIÓN, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Responsabilidad Civil	x	SI	200 smlmv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i>																							
ADVERTENCIA	Indicación de que la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado y, por tanto, no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente NO obliga a las partes.																										



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

SERVICIOS ONCOLOGICOS A COTIZAR

SE RELACIONAN EN EL DOCUMENTO EXCEL ADJUNTO

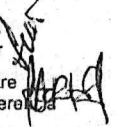
La Regional De Aseguramiento En Salud No. 8, no exige ningún tipo de dinero previo al inicio, durante o después de un proceso contractual o durante la ejecución de los contratos, es por ello que se solicita no acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el OFERENTE deberá Informar de tal evento a las autoridades competentes para que se adopten las medidas necesarias teniendo en cuenta que el Código Penal Artículo 244. *Extorsión El que constriña a otro a hacer, tolerar u omitir alguna cosa, con el propósito de obtener provecho ilícito o cualquier utilidad ilícita o beneficio ilícito, para sí o para un tercero, incurrirá en prisión de ciento noventa y dos (192) a doscientos ochenta y ocho (288) meses y multa de ochocientos (800) a mil ochocientos (1.800) salarios mínimos legales mensuales vigentes.* En caso de presentarse alguna situación por favor comuníquese a la línea gratuita GAULA 165, 123 para que sea atendido por un Investigador GAULA de la jurisdicción.

LUGAR DE ENTREGA DE LA COTIZACIÓN: A través de la plataforma SECOP II y/o en la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR ubicada en la Calle 14 No. 15-16 Barrio Alfonso López, Oficina Jefatura Upres Cesar y/o oficina de contratos o a los correos electrónicos deces.upres@policia.gov.co.

Atentamente,


Subintendente. **ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS**
Estructurador estudios previos


Vo. Bo. Si / Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar


Elaboro: Si. Zoila Rosa Mosquera Palacios
Estructurador Estudios Previos Upres Cesar

Reviso: CPS. Laura Beatriz Rivadeneira Pitre
Medico Auditora de Referencia y Contrarreferencia

Fecha de elaboración: 08/04/2026

Calle 14 No. 15-16, Barrio Alfonso López – Valledupar
Teléfono (s) 3505547369
deces.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR COTIZADO EN PESOS
		CONSULTA POR PRIMERA VEZ	
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE TORAX	
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA	
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GENETICA MEDICA	
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR HEMATOLOGIA	
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA	
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA	
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA PEDIATRICA	
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR RADIOTERAPIA	
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	
		CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO	
13	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
14	890350_2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
15	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	
16	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	
17	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
18	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	
19	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
20	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	
21	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
22	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
23	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	
24	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	
25	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA ONCOLOGICA	



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

		TELETERPIAS	
26	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT] - PAQUETE	
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT] - PAQUETE	
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES [IGRT]	
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) - PAQUETE	
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS - PAQUETE	
		PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS	
31	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
32	898008	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
33	992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	
34	992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	
35	992504	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
36	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
37	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	
38	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	
39	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	
		SALAS	
40	5DS003	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS O CURACIONES	
41	7DS006	SALA DE QUIMIOTERAPIA	



Fw: SOLICITUD DE COTIZACION

Desde DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Fecha Jue 16/04/2026 2:47 AM

Para ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS <zaila.mosquera@correo.policia.gov.co>

📎 1 archivo adjunto (13 KB)

COTIZACION DE SERVICIOS MEDICOS EN ONCOLOGIA.xlsx;

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Obtener Outlook para Android

From: Contratacion <contratacion@cr-elisaclara.com.co>

Sent: Wednesday, April 15, 2026 10:48:50 AM

To: DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Subject: SOLICITUD DE COTIZACION

Buenos días,

Por medio de la presente adjuntamos cotización de servicios solicitada.

Agradecemos su atención.

Atentamente,

Luddy Julieth Santiago Palomino
Gestor Administrativo - Contratacion
Clinica Reina del Sol S.A.S
Contacto: 317 3652348
contratacion@cr-elisaclara.com.co

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Este mensaje y sus anexos enviado por deces.upres@policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si no es el destinatario y ha recibido este correo por error, comuníquelo de inmediato al remitente y elimine cualquier copia que pueda tener. No está permitido el uso de su contenido si no es el destinatario, y hacerlo podría tener consecuencias legales, como las establecidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que apliquen. Si es el destinatario, tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

CONFIDENCIALIDAD: Al recibir el acuse recibido por parte de esta dependencia se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario (Ley 527 del 18-08-1999).

 Outlook**RV: SOLICITUD DE COTIZACION**

Desde DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Fecha Mar 14/04/2026 8:37 PM

Para ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS <zola.mosquera@correo.policia.gov.co>

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Teniente

LUZ KARIME RUIZ QUIROZ

Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

Teléfono: 3505547368

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, distribución o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al proveedor original de la misma es ilegal.

De: Contratacion <contratacion@cr-elisaclara.com.co>

Enviado: martes, 14 de abril de 2026 15:35

Para: DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Asunto: SOLICITUD DE COTIZACION

Bueas tardes,

Por medio de la presente adjuntamos cotización de servicios solicitada.

Agradecemos su atención.

Atentamente,

--

Luddy Julieth Santiago Palomino
Gestor Administrativo - Contratacion

Clinica Reina del Sol S.A.S

Contacto: 317 3652348

contratacion@cr-elisaclara.com.co

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Mensaje importante

Este mensaje y sus anexos enviado por deces.upres@policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, distribución o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al proveedor original de la misma es ilegal.

CENTRO DE RADIOLOGIA ELISA CLARA RF SAS
COTIZACIÓN SERVICIOS DE SALUD EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA

ITEM	CUPS	CONSULTAS POR PRIMERA VEZ	TARIFA
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	\$ 140.000
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	\$ 140.000
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 140.000
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	\$ 140.000
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA (ONCOLOGIA)	\$ 140.000
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	\$ 240.000
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 140.000
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 140.000
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	\$ 180.000
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 140.000
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 50.000
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	\$ 140.000
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			
13	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	\$ 100.000
14	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 100.000
15	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 140.000
16	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	\$ 100.000
17	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	\$ 100.000
18	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	\$ 100.000
19	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
20	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
21	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	\$ 150.000
22	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
23	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 50.000
24	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	\$ 100.000
25	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	\$ 100.000
TELETERAPIA			
26	922443		
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉ	\$ 180.000
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉ	\$ 140.000
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULAC	\$ 150.000
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) CON AL	\$ 50.000
PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS			
31	890004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	\$ 61.692
32	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUIMICA (ESPECÍFICO)	\$ 263.120
33	992501	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE INDUCCIÓN	\$ 885.013
34	992502	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL	\$ 150.159
35	992504	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 218.931
36	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 319.346
37	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 206.469
38	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 200.814
39	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	\$ 91.627
SALA			
40	5DS003	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	\$ 60.000
41	7DS006	DERECHOS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	\$ 67.760



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR
JEFATURA ADMINISTRATIVA

No. GS-2026- 047190 -DECES-UPRES-29.25

Valledupar 21 de mayo del 2026

Señora Teniente Coronel
YANETH ROCIO JEREZ CASTELLANOS
Jefe Regional de aseguramiento en Salud
No. 8 Avenida Circunvalar N. 45-124
Soledad, (Atl)

Asunto: Indicadores Financieros – Proceso de Oncología y Hematología.

Respetuosamente y respondiendo a su solicitud, realizada a través del aplicativo GEPOL, con el documento identificado con el radicado N° GS-2026-047159-DECES, me permito dar respuesta de acuerdo a lo requerido, en cuanto a establecer los indicadores financieros para el proceso de licitación señalado en el documento anteriormente mencionado.

Consiguientemente, la Unidad Prestadora de Salud Bolívar verificara la capacidad financiera de conformidad con la información consignada en los estados financieros, de conformidad con el Decreto 579 del 31 de mayo 2021 y en concordancia con el Decreto 1041 del 21 de junio de 2022.

Por lo tanto, los indicadores de capacidad financiera contenidos en el numeral 3 del artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015 son los siguientes:

- **Índice de Liquidez** = Activo Corriente / Pasivo Corriente, el cual determina la capacidad que tiene un proponente para cumplir con sus obligaciones de corto plazo. A mayor índice de liquidez, menor es la probabilidad de que el proponente incumpla sus obligaciones de corto plazo.
- **Índice de Endeudamiento** = Pasivo Total / Activo Total, el cual determina el grado de endeudamiento en la estructura de financiación (pasivos y patrimonio) del proponente. A mayor índice de endeudamiento, mayor es la probabilidad del proponente de no poder cumplir con sus pasivos.
- **Razón de Cobertura de Intereses** = Utilidad Operacional / Gastos de Intereses, el cual refleja la capacidad del proponente de cumplir con sus obligaciones financieras. A mayor cobertura de intereses, menor es la probabilidad de que el proponente incumpla sus obligaciones financieras.

Y los indicadores de Capacidad Organizacional de acuerdo a lo establecido en el numeral 4 del artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015 son:

- **Rentabilidad sobre patrimonio:** Utilidad Operacional / Patrimonio, el cual determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de los accionistas y mejor la capacidad organizacional del proponente.
- **Rentabilidad sobre activos:** Utilidad Operacional / Activo Total, el cual determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor la capacidad organizacional del proponente. Este indicador debe ser siempre menor o igual que el de rentabilidad sobre patrimonio.

Consideraciones

- La información financiera que se tomará para el presente análisis del sector será con base en la información financiera de la vigencia 2025 suministrada por las entidades que más adelante se relacionan.
- La metodología utilizada está sustentada en lo dispuesto y establecido en los manuales y guías elaborados por la Agencia Nacional de Contratación Pública, Colombia Compra Eficiente; partiendo de la obligatoriedad de tener en cuenta los 5 indicadores de orden financiero y organizacional, se tomó información financiera de 3 empresas, las cuales pertenecen al sector de los bienes y/o servicios requeridos.

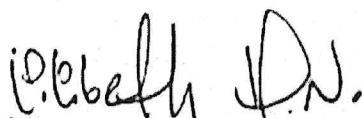
Nº	ENTIDAD	NIT
1	SOCIEDAD DE ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA DEL CESAR SAS	824.000.687-9
2	CLINICA MEDICOS SA	824.001.041-6
3	ODONT JOMAR SAS	900.319.336-5

Por lo anterior y teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad vigente, los indicadores financieros establecidos para el proceso contractual que nos atañe, basados en el conocimiento del sector con relación al objeto del proceso y de los posibles oferentes, serán los siguientes:

INDICADOR	FORMULA	CRITERIOS DE SELECCIÓN
Índice de liquidez	$\frac{\text{activo corriente}}{\text{pasivo corriente}}$	$\geq 1,00$
Índice de endeudamiento	$\frac{\text{pasivo total}}{\text{activo total}} \times 100$	$\leq 75\%$
Razón de cobertura de interés	$\frac{\text{Utilidad operacional}}{\text{gastos de intereses}}$	≥ 5
Rentabilidad del patrimonio	$\frac{\text{Utilidad operacional}}{\text{patrimonio}}$	$\geq 0,09$
Rentabilidad del activo	$\frac{\text{Utilidad operacional}}{\text{activo total}}$	$\geq 0,05$

aplicación de fórmulas financieras, sino que también respaldan los dos objetivos principales del decreto 1082 del 2015, garantizar la pluralidad de oferentes y minimizar el riesgo para la entidad.

Atentamente,



CPS-04. LILIBETH HINOJOSA NIEVES
Contador Unidad Prestadora de Salud Cesar

Vo. Bo Si TE LUZ KARIME RUIZ QUIROZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar



Valledupar, 16 de enero 2026

Señores

DIRECCIÓN DE SANIDAD UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR

Policia Nacional División Cesar

ATTE: Subintendente ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS Supervisora Contratos

En atención a su invitación para presentar cotización de servicios especializados en oncología y hematología para la atención de enfermedades relacionadas, nos permitimos presentar nuestra cotización mediante la cual proponemos la Integralidad en la atención a sus beneficiarios en el ámbito ambulatorio, dentro de estándares de calidad y capacidad técnico científicas acordes con su modelo de atención.

OBJETO	Prestación de servicios especializados en Oncología y Hematología con sus subespecialidades relacionadas en el portafolio adjunto a la presente.
LUGAR PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Contamos con Instalaciones adecuadas bajo estándares óptimos de calidad, capacidad Técnico científicas y un equipo de profesionales acordes con el servicio solicitado, además contamos con alianzas estratégicas con instituciones de internación con el objetivo de prestar la atención integral al paciente oncológico.
VALIDEZ DE LA OFERTA	NOVENTA DÍAS (90) CALENDARIO

Agradecemos la confianza depositada en nuestra entidad y estaremos atentos a sus requerimientos dentro del proceso.

DELLYS MERCEDES VEGA SOLANO

Gerente.

TABLAS DE NEGOCIACIÓN DE TARIFAS

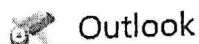
ODONTJOMAR SAS

NIT 900319336-5

ITEM	CUPS	HOMOL CUPS A SOAT		VALOR	TIPO TARIFA SOAT
1	890278	39143	Consulta Médica Especializada En Oncología	\$ 90.900	-10%
2	890278	39143	Consulta Médica Especializada En Oncología Pediatría	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
3	890251	39143	Consulta Médica Especializada En Hematología	\$ 90.900	-10%
4	890253	39143	Consulta Médica Especializada En Oncohematología Pediatría	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
5	890278	39143	Consulta Médica Especializada En Oncología Pediatría	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
6	890250	39143	Consulta Médica Especializada En Ginecología Oncológica	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
7	890237	39143	Consulta Médica Especializada En Cirugía Oncológica	\$ 150.000	INSTITUCIONAL
8	890202	89202	Consulta Médica Especializada En Urología Oncológica	\$ 150.000	INSTITUCIONAL
9	890294	39143	Consulta Médica Especializada En Urología	\$ 90.900	-10%
10	890287	39143	Consulta Médica Especializada en Radioterapia	\$ 90.900	-10%
11	890243	39143	Consulta Médica Especializada en Dolor y Cuidados Paliativos	\$ 150.000	INSTITUCIONAL
12	890378	39143	Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Oncología	\$ 90.900	-10%
13	890379	39143	Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Oncología Pediatría	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
14	890351	39143	Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Hematología	\$ 90.900	INSTITUCIONAL
15	890352	39143	Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Oncohematología Pediatría	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
16	890302	39143	Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Ginecología Oncológica	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
17	890387	39143	Consulta De Control o de Seguimiento por Cirugía Oncológica	\$ 150.000	INSTITUCIONAL
18	890394	39143	Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Urología	\$ 90.900	-10%
19	890387	39143	Consulta De Control o Seguimiento por Especialista En Radioterapia	\$ 90.900	-10%
20	89343	39143	Consulta Especializada de Control o Seguimiento en Dolor y Cuidados Paliativos	\$ 120.000	INSTITUCIONAL
21	890450	39140	Interconsulta por Especialista en Ginecología Oncológica	\$ 180.000	INSTITUCIONAL
22	890451	39140	Interconsulta por Especialista en Hematología	\$ 100.350	-10%
23	890452	39140	Interconsulta por Especialista en Hematología Pediatría	\$ 132.000	INSTITUCIONAL
24	890477	39140	Interconsulta por Especialista en Oncohematología	\$ 132.000	INSTITUCIONAL
25	890479	39140	Interconsulta por Especialista en Oncología	\$ 100.350	-10%
26	890487	39140	Interconsulta por Especialista en Oncología Pediatría	\$ 132.000	INSTITUCIONAL
27	890502	39114	Interconsulta por Especialista en Radioterapia	\$ 100.350	-10%
28	992501		Participación en Junta Médica Especializada por Médico	\$ 173.145	-15%
29	992502		QUIMIOTERAPIA		
30	992503		QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION		
31	992504		QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	1.111.300,00	SOAT VIGENTE
32	992505	33600	POLIQUMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	493.200,00	SOAT VIGENTE
33	992506	33602	POLIQUMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	1.111.300,00	SOAT VIGENTE
34	992507	33602	POLIQUMIOTERAPIA DE ALTA TOXICIDAD (CICLO DE TRATAMIENTO)	1.111.300,00	SOAT VIGENTE
35	992508	33601	MONOQUIMIOTERAPIA DE ALTA TOXICIDAD (CICLO DE TRATAMIENTO)	\$ 560.575	-15%
36	992509	33601	MONOQUIMIOTERAPIA DE BAJA (CICLO DE TRATAMIENTO)	\$ 560.575	-15%
37	17804-413101	17900	BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA (No incluye agujas)	\$ 146.300	INSTITUCIONAL

Transversal 17 A N° 16 A - 12 Hernando de Santana.
Al lado de Consulta Externa del Hospital Rosario Pumarejo de López
3182392265 - 6055732745, referencia@odontjomarips.com
www.odontjomarips.com

35	20306-898008	20306	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	\$	230.700	SOAT VIGENTE
36	20201-898004	20201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	\$	207.000	SOAT VIGENTE
37	774002	17802	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO VIA PERCUTANEA (No incluye Insumos)	\$	233.456	SOAT VIGENTE
38	702201-544-18903		COLPOSCOPIA CON BIOPSIA	\$	340.000	INSTITUCIONAL
39	33100	26104	PUNCIÓN LUMBAR	\$	70.760	SOAT VIGENTE
40	992990		INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	\$	125.000	INSTITUCIONAL
			RADIOTERAPIA			
		PROCE- DIMEN TOS	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS (CADA SESIÓN)	\$	9.800.000	institucional
40	922607	33201	TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL	\$	3.657.500	institucional
41	922442-101-33105		TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL	\$	5.947.095	institucional
42	922443-101-33106		TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT)	\$	12.800.000	institucional
43	922444-101-33107		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (JUNTA VALORACIÓN DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN CUALQUIER ESTADO Y/O OBJETIVO DE TRATAMIENTO) OBSERVACIÓN: Este paquete solo se autorizará una única vez a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer, en el caso de requerir controles adicionales por alguna de los servicios que contiene el paquete se autorizarán por evento			
44	541231	39151	PROCEDIMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN NIÑOS (SESIÓN)	\$	501.390	-10%
			OTROS SERVICIOS			
46	555114-301-39304		MATERIALES DE COLPOSCOPIA (De acuerdo con Valores de Mercado)	\$	140.000	institucional
47	522222-301-39304		SALA DE QUIMIOTERAPIA (Tres a Cinco horas)	\$	50.000	institucional
48	522101	39204	SALA DE CURACIONES			
49	555115	39130	DERECHO DE MATERIALES		POR CONSUMO	
			OBSERVACIONES			
			* La tarifa de las quimioterapias no incluye el valor de los agentes quimioterapéuticos, que se cobran adicionalmente. Las cuales serán sujetas a cambios en los tres siguientes meses al inicio del contrato			
			* No incluye manejo de complicaciones			
			DELLYS M VEGA SOLANO			
			GERENTE			



Fw: SOLICITUD DE COTIZACION

Desde DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Fecha Jue 16/04/2026 2:47 AM

Para ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS <zoila.mosquera@correo.policia.gov.co>

📎 1 archivo adjunto (13 KB)

COTIZACION DE SERVICIOS MEDICOS EN ONCOLOGIA.xlsx;

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Obtener Outlook para Android

From: Contratacion <contratacion@cr-elisaclara.com.co>

Sent: Wednesday, April 15, 2026 10:48:50 AM

To: DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Subject: SOLICITUD DE COTIZACION

Buenos dias,

Por medio de la presente adjuntamos cotización de servicios solicitada.

Agradecemos su atención.

Atentamente,

Luddy Julieth Santiago Palomino
Gestor Administrativo - Contratacion
Clinica Reina del Sol S.A.S
Contacto: 317 3652348
contratacion@cr-elisaclara.com.co

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Este mensaje y sus anexos enviado por deces.upres@policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si no es el destinatario y ha recibido este correo por error, comuníquelo de inmediato al remitente y elimine cualquier copia que pueda tener. No está permitido el uso de su contenido si no es el destinatario, y hacerlo podría tener consecuencias legales, como las establecidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que apliquen. Si es el destinatario, tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

CONFIDENCIALIDAD: Al recibir el acuse recibido por parte de esta dependencia se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario (Ley 527 del 18-08-1999).

 Outlook**RV: SOLICITUD DE COTIZACION**

Desde DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Fecha Mar 14/04/2026 8:37 PM

Para ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS <zoila.mosquera@correo.policia.gov.co>

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Teniente

LUZ KARIME RUIZ QUIROZ

Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

Teléfono: 3505547369

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

De: Contratacion <contratacion@cr-elisaclara.com.co>

Enviado: martes, 14 de abril de 2026 15:35

Para: DECES UPRES-RIN <deces.upres@policia.gov.co>

Asunto: SOLICITUD DE COTIZACION

Bueas tardes,

Por medio de la presente adjuntamos cotización de servicios solicitada.

Agradecemos su atención.

Atentamente,

Luddy Julieth Santiago Palomino
Gestor Administrativo - Contratacion

Clinica Reina del Sol S.A.S

Contacto: 317 3652348

contratacion@cr-elisaclara.com.co

Mensaje de correo electrónico enviado por **deces.upres@policia.gov.co**

Este mensaje y sus anexos enviado por deces.upres@policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si no es el destinatario y ha recibido este correo por error, comuníquelo de inmediato al remitente y elimine cualquier copia.

CENTRO DE RADIOLOGIA ELISA CLARA RF SAS
COTIZACIÓN SERVICIOS DE SALUD EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA

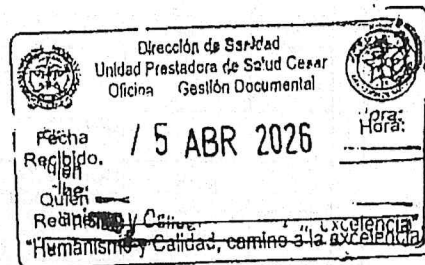
ITEM	CUPS	CONSULTAS POR PRIMERA VEZ	TARIFA
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	\$ 140.000
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	\$ 140.000
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 140.000
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	\$ 140.000
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA (ONCOLOGIA)	\$ 140.000
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	\$ 240.000
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 140.000
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 140.000
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	\$ 180.000
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 140.000
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 50.000
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	\$ 140.000
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			
13	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	\$ 100.000
14	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 100.000
15	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 140.000
16	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	\$ 100.000
17	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	\$ 100.000
18	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	\$ 100.000
19	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
20	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
21	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	\$ 150.000
22	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	\$ 100.000
23	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 50.000
24	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	\$ 100.000
25	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	\$ 100.000
TELETERAPIA			
26	922443		\$ 180.000
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) T	\$ 140.000
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) T	\$ 150.000
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULAC	\$ 150.000
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) CON AL	\$ 50.000
PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS			
31	890004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	\$ 61.692
32	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUIMICA (ESPECÍFICO)	\$ 263.120
33	992501	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE INDUCCIÓN	\$ 885.013
34	992502	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL	\$ 150.159
35	992504	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 218.931
36	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 319.346
37	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 206.469
38	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 200.814
39	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	\$ 91.627
SALA			
40	5DS003	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	\$ 60.000
41	7DS006	DERECHOS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	\$ 67.760



Sociedad de Oncología y Hematología del Cesar S.A.S.

Valledupar, 15 de abril de 2026.

Señores
Dirección de Sanidad
Policía Nacional de Colombia
Valledupar- Cesar



Ref. Presentación propuesta para la prestación de servicios de salud especializados en Oncología y Hematología.

Cordial Saludo,

Es un placer para nuestra institución presentar ante la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional de Colombia la propuesta formal para la prestación de servicios de salud, somos una institución especializada en pacientes oncológicos y con trastornos hematológicos garantizando tratamientos confiables, integrales y exitosos mediante la innovación, la mejora de la seguridad del paciente y la calidez humana, buscando satisfacer sus necesidades y expectativas.

Contamos con un grupo de especialistas idóneos que conforman nuestro personal de talento humano asistencial y el comité de tumores de la institución que se reúne semanalmente para analizar los casos puntuales de cáncer y decidir el tratamiento más adecuado para el paciente buscando definir un diagnóstico y un tratamiento personalizado y eficaz.

Estaremos atentos a sus apreciaciones con respecto a nuestra propuesta.

Agradeciendo su atención,

Andrés Felipe Álvarez Tobión

Representante Legal.

Sociedad de Oncología y Hematología del Cesar S.A.S



SERVICIOS MEDICOS A COTIZAR

No	CUPS	DESCRIPCIÓN Y/O SERVICIO	VALOR COTIZADO EN PESOS
CONSULTA POR PRIMERA VEZ			
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE TORAX	\$ 120.000
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 120.000
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 120.000
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GENETICA MEDICA	\$ 180.000
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	\$ 57.400
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR HEMATOLOGIA	\$ 57.400
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 57.400
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 57.400
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA	\$ 57.400
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA PEDIATRICA	\$ 57.400
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR RADIOTERAPIA	\$ 57.400
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	\$ 120.000
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			VALOR COTIZADO EN PESOS
13	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	\$ 57.400
14	890350_2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGIA ONCOLOGICA	\$ 57.400
15	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	\$ 120.000
16	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 120.000
17	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 120.000
18	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	\$ 180.000
19	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	\$ 57.400
20	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	\$ 57.400
21	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 57.400
22	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 57.400



DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN

Página

23	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$	57.400
24	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$	57.400
25	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA	\$	120.000
		TELETERAPIA		
26	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT] - PAQUETE	\$	6.500.000
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES [IMRT] - PAQUETE	\$	13.500.000
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES [IGRT]		NO APLICA
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) - PAQUETE	\$	7.000.000
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS - PAQUETE	\$	12.000.000
		PROCEDIMIENTOS ONCOLÓGICOS		
34	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	\$	69.700
35	898008	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	\$	111.400
36	992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	\$	1.083.045
37	992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	\$	280.700
38	992504	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	\$	395.000
39	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	\$	632.300
40	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	\$	375.300
41	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$	375.300
42	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	\$	120.000
		SALAS		
43	5DS003	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS O CURACIONES	\$	25.400
44	7DS006	SALA DE QUIMIOTERAPIA	\$	80.000

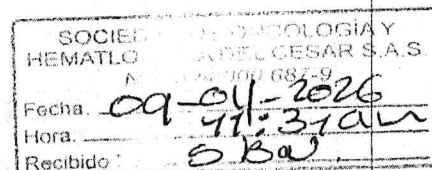


**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

Valledupar, 08 de abril de 2026

Señores
SOCIEDAD DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA DEL CESAR S.A.S.
carrera 15 # 14 – 91 edificio san Jorge
gerentefinanciero@sohec.com.co - gerentemedico@sohec.com.co
Ciudad.



Asunto: Solicitud cotización servicios médicos en oncología

Con el objeto de cumplir con los lineamientos, directrices y misionalidad de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en cuanto a garantizar de manera integral los servicios Oncológicos a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar en virtud a las patologías que padecen, en términos de accesibilidad, disponibilidad y oportunidad, contribuyendo a garantizar su calidad de vida, satisfaciendo sus necesidades de salud a través de la integralidad de la administración y la prestación de servicios de salud efectivos.

Por medio de la presente y con miras a adelantar un nuevo proceso contractual, la Regional de Aseguramiento en Salud Número 8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, se permite solicitar cotización en los siguientes términos:

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA, HEMATONCOLOGIA Y HEMATOLOGÍA EN EL AMBITO AMBULATORIO, PARA EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ESTAS ESPECIALIDADES, INCLUYENDO SUS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS AMBULATORIOS, POR CONSULTA EXTERNA O POR EVENTOS PROGRAMADOS, QUE INCLUYA LA DISPENSACION Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS E INSUMOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8	
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II. y/o dentro de cinco (05) días hábiles siguiente al recibo de la solicitud	
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	La cotización debe ser por un término no menor a 3 meses.	
VALOR OFRECIDO	El valor para el futuro proceso de contratación es la partida presupuestal que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 destino para garantizar este servicio medico en la Unidad Prestadora de Salud Cesar, el cual se prevé la suma de CUATROCIENTOS DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 417.000.000,00) El o los futuros cotizantes deberán tener en cuenta el valor comercial del objeto, como los gastos que implica la participación de un proceso contractual como son: legalización y ejecución del contrato, impuestos, publicaciones, constitución de garantías, transporte, operaciones, etc.	
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	PLAZO	De acuerdo al Decreto 441 de 2022 Una vez realicen los tramites de legalización del contrato (aprobación de las garantías, expedición del registro presupuestal y la expedición y notificación de la carta de inicio), Se procederá a la prestación de servicios por un periodo el cual será discriminado de la siguiente manera: • VIGENCIA 2026. tendrá un plazo de seis (06) meses contados a partir de la expedición y aprobación de las garantías en la plataforma del SECOP II y la notificación



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

		de la carta de inicio de ejecución y/o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra Nota: se aclara que el futuro proceso no tendrá modificaciones automáticas, las modificaciones en cuanto a prorrogas en su tiempo de ejecución o adiciones presupuestales están sujetos a las condiciones presupuestales y siempre debe mediar acuerdo entre las partes.																									
	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por la ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.																									
	FORMA DE PAGO	Pago por evento (pago retrospectivo) Modalidad de pago posterior al proceso de atención (Decreto 441/2022 art 2.5.3.4.1.3 Numeral 5) El pago es por evento – retrospectiva, en la cual la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, reconoce y paga al prestador o proveedor cada servicio o tecnología efectivamente prestado, previa facturación y validación, conforme a tarifas y condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades.																									
LUGAR PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO	De acuerdo al artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 441 de 2022 La entidad proponente que le sea adjudicada la futura contratación objeto de la presente cotización, deberá prestar los servicios en la sede o sedes en cuya dirección ofertó en su propuesta, las cuales deben encontrarse debidamente habilitados por el Ministerio de Salud y Protección social o quien haga sus veces y ubicadas, específicamente en la ciudad de Valledupar.																										
MECANISMOS DE COBERTURA DE LOS RIESGOS	Una vez adjudicado el contrato el futuro contratista deberá constituir garantía Única que cubra los siguientes Riesgos: <table border="1"><thead><tr><th></th><th>RIESGO</th><th>APLICA</th><th>%</th><th>COBERTURA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Cumplimiento</td><td>X</td><td>SI</td><td>20%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>X</td><td>SI</td><td>50%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Salarios y prestación sociales</td><td>X</td><td>SI</td><td>5%</td><td>VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.</td></tr><tr><td>Responsabilidad Civil</td><td>x</td><td>SI</td><td>200 smlmv</td><td>VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i></td></tr></tbody></table>			RIESGO	APLICA	%	COBERTURA	Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.	Responsabilidad Civil	x	SI	200 smlmv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i>
	RIESGO	APLICA	%	COBERTURA																							
Cumplimiento	X	SI	20%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Calidad	X	SI	50%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Salarios y prestación sociales	X	SI	5%	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE.																							
Responsabilidad Civil	x	SI	200 smlmv	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGA SI LAS HUBIERE. <i>(Se aclara que la póliza debe ser exclusiva para el contrato y el asegurado Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el NIT 802.016.407-3 // Beneficiarios: terceros afectados)</i>																							
ADVERTENCIA	Indicación de que la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado y, por tanto, no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente NO obliga a las partes.																										



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

SERVICIOS ONCOLOGICOS A COTIZAR

SE RELACIONAN EN EL DOCUMENTO EXCEL ADJUNTO

La Regional De Aseguramiento En Salud No. 8, no exige ningún tipo de dinero previo al inicio, durante o después de un proceso contractual o durante la ejecución de los contratos, es por ello que se solicita 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 OFERENTE deberá Informar de tal evento a las autoridades competentes para que se adopten las medidas necesarias teniendo en cuenta que el Código Penal Artículo 244. *Extorsión El que constriña a otro a hacer, tolerar u omitir alguna cosa, con el propósito de obtener provecho ilícito o cualquier utilidad ilícita o beneficio ilícito, para sí o para un tercero, incurrirá en prisión de ciento noventa y dos (192) a doscientos ochenta y ocho (288) meses y multa de ochocientos (800) a mil ochocientos (1.800) salarios mínimos legales mensuales vigentes.* En caso de presentarse alguna situación por favor comuníquese a la línea gratuita GAULA 165, 123 para que sea atendido por un Investigador GAULA de la jurisdicción.

LUGAR DE ENTREGA DE LA COTIZACIÓN: A través de la plataforma SECOP II y/o en la **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR** ubicada en la Calle 14 No. 15-16 Barrio Alfonso López, Oficina Jefatura Upres Cesar y/o oficina de contratos o a los correos electrónicos deces.upres@policia.gov.co.

Atentamente

Subintendente: **ZOILA ROSA MOSQUERA PALACIOS**
Estructurador estudios previos

Vo. Bo. Si / Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

Elaboro: Si. Zoila Rosa Mosquera Palacios
Estructurador Estudios Previos Upres Cesar

Reviso: CPS. Laura Beatriz Rivadeneira Pitre
Medico Auditora de Referencia y Contrarreferencia

Fecha de elaboración: 08/04/2026

Calle 14 No. 15-16, Barrio Alfonso López – Valledupar
Teléfono (s) 3505547369
deces.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

No.	CUPS	DESCRIPCION Y/O SERVICIO	VALOR COTIZADO EN PESOS
CONSULTA POR PRIMERA VEZ			
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE TORAX	
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA	
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GENETICA MEDICA	
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR HEMATOLOGIA	
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA	
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA	
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA PEDIATRICA	
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR RADIOTERAPIA	
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			
13	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
14	890350_2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
15	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	
16	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	
17	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
18	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	
19	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
20	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	
21	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
22	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
23	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	
24	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	
25	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA ONCOLOGICA	



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN**

Página

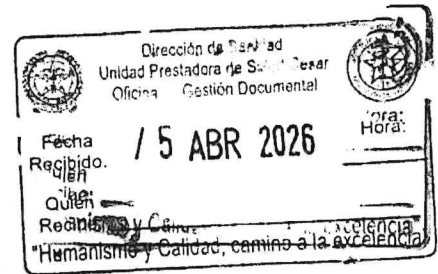
		TELETERPIAS	
26	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT] - PAQUETE	
27	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT] - PAQUETE	
28	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES [IGRT]	
29	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) - PAQUETE	
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS - PAQUETE	
		PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS	
31	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
32	898008	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
33	992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	
34	992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	
35	992504	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
36	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	
37	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	
38	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	
39	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	
		SALAS	
40	5DS003	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS O CURACIONES	
41	7DS006	SALA DE QUIMIOTERAPIA	

SOHEC

Sociedad de Oncología y Hematología del Cesar S.A.S.

Valledupar, 15 de abril de 2026.

Señores
Dirección de Sanidad
Policía Nacional de Colombia
Valledupar- Cesar



Ref. Presentación propuesta para la prestación de servicios de salud especializados en Oncología y Hematología.

Cordial Saludo,

Es un placer para nuestra institución presentar ante la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional de Colombia la propuesta formal para la prestación de servicios de salud, somos una institución especializada en pacientes oncológicos y con trastornos hematológicos garantizando tratamientos confiables, integrales y exitosos mediante la innovación, la mejora de la seguridad del paciente y la calidez humana, buscando satisfacer sus necesidades y expectativas.

Contamos con un grupo de especialistas idóneos que conforman nuestro personal de talento humano asistencial y el comité de tumores de la institución que se reúne semanalmente para analizar los casos puntuales de cáncer y decidir el tratamiento más adecuado para el paciente buscando definir un diagnóstico y un tratamiento personalizado y eficaz.

Estaremos atentos a sus apreciaciones con respecto a nuestra propuesta.

Agradeciendo su atención,

Andrés Felipe Álvarez Tobían

Representante Legal.

Sociedad de Oncología y Hematología del Cesar S.A.S



SERVICIOS MEDICOS A COTIZAR

No	CUPS	DESCRIPCIÓN Y/O SERVICIO	VALOR COTIZADO EN PESOS
CONSULTA POR PRIMERA VEZ			
1	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE TORAX	\$ 120.000
2	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA	\$ 120.000
3	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 120.000
4	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GENETICA MEDICA	\$ 180.000
5	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA (ONCOLOGICA)	\$ 57.400
6	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR HEMATOLOGIA	\$ 57.400
7	890252	CONSULTA DE PRIMERA POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA	\$ 57.400
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIÁTRICA	\$ 57.400
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA	\$ 57.400
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA PEDIATRICA	\$ 57.400
11	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR RADIOTERAPIA	\$ 57.400
12	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	\$ 120.000
CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO			VALOR COTIZADO EN PESOS
13	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	\$ 57.400
14	890350_2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	\$ 57.400
15	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	\$ 120.000
16	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	\$ 120.000
17	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 120.000
18	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	\$ 180.000
19	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	\$ 57.400
20	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	\$ 57.400
21	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 57.400
22	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 57.400

		DIRECCIÓN DE SANIDAD UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR SOLICITUD COTIZACIÓN	Página
23	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 57.400
24	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 57.400
25	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA	\$ 120.000
TELETERAPIA			
26	922443	TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT] - PAQUETE	\$ 6.500.000
27	922444	TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT] - PAQUETE	\$ 13.500.000
28	922445	TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES [IGRT]	NO APLICA
29	922505	TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) - PAQUETE	\$ 7.000.000
30	922607	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS - PAQUETE	\$ 12.000.000
PROCEDIMIENTOS ONCOLOGICOS			
34	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	\$ 69.700
35	898008	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	\$ 111.400
36	992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	\$ 1.083.045
37	992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	\$ 280.700
38	992504	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	\$ 395.000
39	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	\$ 632.300
40	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 375.300
41	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 375.300
42	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	\$ 120.000
SALAS			
43	5DS003	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS O CURACIONES	\$ 25.400
44	7DS006	SALA DE QUIMIOTERAPIA	\$ 80.000