ANEXO No. 2

FORMATO DE COTIZACIÓN

Ref. **EVENTO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN**

OBJETO. PRESTAR EL SERVICIO DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Y LOS ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO QUE SE REQUIERAN DURANTE LA VIGENCIA 2026.

Alcance al objeto: Realizar las valoraciones médicas ocupacionales de ingreso, retiro, periódico, post incapacidad, exámenes de laboratorio como cuadro hemático, perfil lipídico y glicemia, audiometrías, psicosensometríco, así como los Análisis de Puestos de Trabajo (APT) y demás requeridos por el Instituto Nacional de Salud para los funcionarios y contratistas del INS, de acuerdo con lo establecido por la normatividad en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

EL VALOR TOTAL DE LA COTIZACIÓN ES DE: (Introducir aquí el valor total de la cotización)

Este valor comprende IVA, costos directos e indirectos, tasas, contribuciones, estampillas e impuestos a que haya lugar. Presentar la discriminación de cada concepto y de los valores más IVA si es del caso y el valor total.

ANEXO No. 1
Actividades a Cotizar

No.	CODIGO UNSPSC	ACTIVIDAD	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DURACIÓN DEL CONTRATO	VALOR TOTAL
1		**Examen Médico**					
1	93141808 85121800 85121801	Ingreso CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	Mensual	40	$ 24.200,00	6	$ 968.000,00
2		**Examen Médico**					
2	93141808 85121800 85121801	Periódico CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	Mensual	400	$ 24.200,00	6	$ 9.680.000,00
3		**Examen Médico**					
3	93141808 85121800 85121801	Egreso CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	Mensual	40	$ 24.200,00	6	$ 968.000,00
4		**Examen Médico**					
4	93141808 85121800 85121801	Post Incapacidad	Mensual	4	$ 68.200,00	6	$ 272.800,00
5		**VisiometrÍA**					
5	93141808 85121800 85121801	Ingreso	Mensual	40	$ 14.500,00	6	$ 580.000,00
6		**Visiometria**					
6	93141808 85121800 85121801	Periódico	Mensual	400	$ 14.500,00	6	$ 5.800.000,00
7		**Visiometria**					
7	93141808 85121800 85121801	Egreso	Mensual	40	$ 14.500,00	6	$ 580.000,00
8		**Audiometria**					
8	93141808 85121800 85121801	Ingreso	Mensual	40	$ 16.800,00	6	$ 672.000,00
9		**Audiometria**					
9	93141808 85121800 85121801	Periódico	Mensual	400	$ 16.800,00	6	$ 6.720.000,00
10		**Audiometria**					
10	93141808 85121800 85121801	Egreso	Mensual	40	$ 16.800,00	6	$ 672.000,00

11		**Laboratorio Bacteriológico**					
11	93141808 85121800 85121801	KOH	Mensual	20	$ 13.100,00	6	$ 262.000,00
12		**Laboratorio Bacteriológico**					
12	93141808 85121800 85121801	Frotis faríngeo	Mensual	20	$ 10.400,00	6	$ 208.000,00
13		**Examen Psicológico**					
13	93141808 85121800 85121801	Ingreso	Mensual	40	$ 36.200,00	6	$ 1.448.000,00
14		**Examen Psicológico**					
14	93141808 85121800 85121801	Periódico	Mensual	80	$ 36.200,00	6	$ 2.896.000,00
15		**Exámenes psicométricos**					
15	93141808 85121800 85121801	con énfasis para tareas de conducción	Mensual	10	$ 39.200,00	6	$ 392.000,00
16		**Laboratorio análisis de sangre**					
16	93141808 85121800 85121801	Pruebas función renal (BUN - CREATININA)	Mensual	45	$ 31.600,00	6	$ 1.422.000,00
17		**Laboratorio análisis de sangre**					
17	93141808 85121800 85121801	Pruebas función hepática (GOT - GPT)	Mensual	45	$ 32.100,00	6	$ 1.444.500,00
18		**Examen Médico**					
18	93141808 85121800 85121801	Espirometría	Mensual	40	$ 17.100,00	6	$ 684.000,00
19		**Examen Médico**					
19	93141808 85121800 85121801	Valoración Deportiva	Mensual	20	$ 280.000,00	6	$ 5.600.000,00
20		**Evaluación de puestos de trabajo**					
20	93141808 85121800 85121801	Análisis de Puesto de Trabajo (APT)	Mensual	2	$ 800.000,00	6	$ 1.600.000,00
						VALOR TOTAL COSTOS DIRECTOS	$ 42.869.300,00
						IVA 19%	$ 304.000,00
						VALOR TOTAL COTIZADO	$ 43.173.300,00

todos los servicios están exentos de IVA a excepción de ATP



_____

FIRMA
REPRESENTANTE LEGAL Y/O APODERADO
NOMBRE

NOTA. Anexar la cotización en medio magnético. Formato hoja de cálculo (Excel).