		LATERAL)				
234	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 103.916	$ 44.456	$ 50.000	$ 44.456
235	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 419.933	$ 32.534	$ 40.000	$ 32.534
236	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 80.191	$ 30.368	$ 40.000	$ 30.368
237	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 80.191	$ 34.306	$ 40.000	$ 34.306
238	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 80.191	$ 44.456	$ 40.000	$ 40.000
239	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 88.257	$ 39.967	$ 40.000	$ 39.967
240	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 46.976	$ 30.822	$ 30.000	$ 30.000
241	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 103.916	$ 44.456	$ 40.000	$ 40.000
242	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 46.976	$ 29.882	$ 25.000	$ 25.000
243	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 46.976	$ 52.132	$ 45.000	$ 45.000
244	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 80.191	$ 31.486	$ 40.000	$ 31.486
245	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 46.976	$ 21.895	$ 25.000	$ 21.895
246	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 42.231	$ 18.961	$ 25.000	$ 18.961
247	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 42.231	$ 127.487	$ 50.000	$ 42.231
248	874201	CISTERNOGRAFÍA	NO COTIZO	$ 1.579.842	NO COTIZO	$ 1.579.842
249	874510	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 42.231	$ 153.179	$ 12.000.000	$ 42.231
250	874601	DACRIOCISTOGRAFÍA UNILATERAL	$ 42.231	$ 459.362	$ 1.500.000	$ 42.231
251	874602	DACRIOCISTOGRAFÍA BILATERAL	$ 42.231	$ 869.335	$ 1.500.000	$ 42.231
252	874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	NO COTIZO	$ 619.938	NO COTIZO	$ 619.938
253	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$ 42.231	$ 276.749	$ 1.200.000	$ 42.231
254	874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$ 42.231	$ 556.503	$ 1.200.000	$ 42.231
255	874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	NO COTIZO	$ 452.895	NO COTIZO	$ 452.895
256	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$ 42.231	$ 448.282	$ 1.200.000	$ 42.231
257	875411	DISCOGRAFÍA CERVICAL (UN DISCO)	$ 739.271	$ 418.299	$ 500.000	$ 418.299
258	875412	DISCOGRAFÍA CERVICAL (DOS O MÁS DISCOS)	$ 739.271	$ 903.225	$ 500.000	$ 500.000
259	875421	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (UN DISCO)	$ 739.271	$ 418.299	$ 500.000	$ 418.299
260	875422	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (DOS O MÁS DISCOS)	$ 739.271	$ 903.225	$ 650.000	$ 650.000
261	875431	DISCOGRAFÍA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	$ 739.271	$ 418.299	$ 650.000	$ 418.299
262	875432	DISCOGRAFÍA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MÁS DISCOS)	$ 739.271	$ 903.225	$ 650.000	$ 650.000
263	875441	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (UN DISCO)	$ 739.271	$ 418.299	$ 650.000	$ 418.299
264	875442	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (DOS O MÁS DISCOS)	$ 739.271	$ 903.225	$ 650.000	$ 650.000
265	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 739.271	$ 1.677.296	$ 700.000	$ 700.000

266	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 739.271	$ 684.604	$ 700.000	$ 684.604
267	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 739.271	$ 285.563	$ 700.000	$ 285.563
268	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 739.271	$ 243.199	$ 700.000	$ 243.199
269	875531	MIELOGRAFÍA DINÁMICA LUMBAR	NO COTIZO	$ 919.908	NO COTIZO	$ 919.908
270	875601	ARTROGRAFÍA CERVICAL	$ 739.271	$ 549.884	$ 3.000.000	$ 549.884
271	875603	ARTROGRAFÍA LUMBAR	$ 739.271	$ 549.884	$ 3.000.000	$ 549.884
272	876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	NO COTIZO	$ 794.921	NO COTIZO	$ 794.921
273	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 273.787	$ 123.635	$ 150.000	$ 123.635
274	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 333.574	$ 149.909	$ 300.000	$ 149.909
275	876803	TOMOSÍNTESIS	$ 333.574	$ 202.980	$ 600.000	$ 202.980
276	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$ 333.574	$ 125.109	$ 9.000.000	$ 125.109
277	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$ 333.574	$ 125.109	$ 9.000.000	$ 125.109
278	877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$ 333.574	$ 110.870	$ 2.000.000	$ 110.870
279	877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$ 333.574	$ 203.580	$ 2.000.000	$ 203.580
280	877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$ 333.574	$ 203.580	$ 2.000.000	$ 203.580
281	877501	PERITONEOGRAFÍA	NO COTIZO	$ 987.401	NO COTIZO	$ 987.401
282	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	NO COTIZO	$ 282.783	NO COTIZO	$ 282.783
283	877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA	NO COTIZO	$ 492.951	NO COTIZO	$ 492.951
284	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 286.124	$ 79.446	$ 90.000	$ 79.446
285	877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 286.124	$ 205.839	$ 2.000.000	$ 205.839
286	877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	$ 286.124	$ 63.400	$ 2.000.000	$ 63.400
287	877815	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA	$ 286.124	$ 417.774	$ 2.000.000	$ 286.124
288	877816	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 286.124	$ 254.119	$ 2.000.000	$ 254.119
289	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	$ 286.124	$ 111.060	$ 250.000	$ 111.060
290	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 200.239	$ 111.060	$ 250.000	$ 111.060
291	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$ 200.239	$ 111.060	$ 250.000	$ 111.060
292	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 200.239	$ 111.060	$ 250.000	$ 111.060
293	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 200.239	$ 111.060	$ 250.000	$ 111.060
294	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 200.239	$ 111.060	$ 250.000	$ 111.060
295	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	$ 1.300.000	$ 238.982	$ 350.000	$ 238.982
296	878711	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO	NO COTIZO	$ 179.861	$ 2.000.000	$ 179.861
297	878721	ARTROGRAFÍA DE CODO	NO COTIZO	$ 179.861	$ 2.000.000	$ 179.861
298	878731	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	NO COTIZO	$ 179.861	$ 2.000.000	$ 179.861
299	878811	ARTROGRAFÍA DE CADERA	NO COTIZO	$ 179.861	$ 2.000.000	$ 179.861
300	878812	ARTROGRAFÍA DE RODILLA	NO COTIZO	$ 179.861	$ 2.000.000	$ 179.861
301	878831	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO	NO COTIZO	$ 179.861	$ 2.000.000	$ 179.861
302	878906	FISTULOGRAFÍA EN SITIO NO ESPECIFICADO	NO COTIZO	$ 794.921	NO COTIZO	$ 794.921
303	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 794.313	$ 140.701	$ 350.000	$ 140.701
304	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 871.657	$ 154.338	$ 400.000	$ 154.338
305	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 997.874	$ 176.702	$ 400.000	$ 176.702
306	879114	CISTERNOGRAFÍA POR	$ 2.494.750	$ 610.551	$ 400.000	$ 400.000

		TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)				
307	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 871.657	$ 154.446	$ 350.000	$ 154.446
308	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 677.586	$ 120.049	$ 350.000	$ 120.049
309	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 871.657	$ 154.446	$ 350.000	$ 154.446
310	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 871.657	$ 154.446	$ 350.000	$ 154.446
311	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 871.657	$ 154.446	$ 350.000	$ 154.446
312	879141	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)	NO COTIZO	$ 304.470	$ 350.000	$ 304.470
313	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 871.657	$ 154.345	$ 350.000	$ 154.345
314	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 739.271	$ 130.880	$ 350.000	$ 130.880
315	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 871.657	$ 130.880	$ 350.000	$ 130.880
316	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 739.271	$ 94.147	$ 350.000	$ 94.147
317	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$ 739.271	$ 145.270	$ 350.000	$ 145.270
318	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 826.579	$ 146.422	$ 350.000	$ 146.422
319	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	NO COTIZO	$ 1.031.397	NO COTIZO	$ 1.031.397
320	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 826.600	$ 191.150	$ 350.000	$ 191.150
321	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 936.189	$ 165.879	$ 450.000	$ 165.879
322	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 936.200	$ 696.195	$ 1.000.000	$ 696.195
323	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 1.088.029	$ 192.643	$ 500.000	$ 192.643
324	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 739.300	$ 272.452	$ 350.000	$ 272.452
325	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] CON COTRASTE	$ 1.891.900	$ 460.158	$ 450.000	$ 450.000
326	879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	$ 1.891.900	$ 502.158	$ 450.000	$ 450.000
327	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 677.586	$ 215.093	$ 350.000	$ 215.093
328	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 677.586	$ 193.591	$ 350.000	$ 193.591
329	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 261.450	$ 142.982	$ 350.000	$ 142.982
330	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES	$ 261.450	$ 148.979	$ 350.000	$ 148.979

		DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)				
331	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 871.700	$ 873.168	$ 2.000.000	$ 871.700
332	879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	NO COTIZO	$ 1.889.811	NO COTIZO	$ 1.889.811
333	879903	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON PERFUSIÓN	$ 1.152.600	$ 761.599	$ 2.000.000	$ 761.599
334	879905	TOMOGRAFÍA COMPUTADA ÓSEA DE CUERPO ENTERO	NO COTIZO	$ 3.499.650	NO COTIZO	$ 3.499.650
335	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 1.152.561	$ 339.406	$ 900.000	$ 339.406
336	879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 1.152.600	$ 451.428	$ 900.000	$ 451.428
337	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 717.900	$ 183.104	$ 350.000	$ 183.104
338	886011	OSTEODENSITOMETRÍA POR TC	NO COTIZO	$ 154.345	NO COTIZO	$ 154.345
339	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	$ 410.900	$ 166.189	$ 500.000	$ 166.189
340	886013	OSTEODENSITOMETRÍA Y COMPOSICIÓN CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)	$ 410.900	$ 422.236	$ 500.000	$ 410.900
341	886014	MORFOMETRÍA VERTEBRAL	$ 410.900	$ 279.121	$ 500.000	$ 279.121
342	886101	ELASTOGRAFÍA	$ 189.800	$ 1.231.817	$ 1.000.000	$ 189.800
343	887002	CINEANGIOGRAFÍA	NO COTIZO	$ 500.961	$ 500.000	$ 500.000
344	887201	DEFECOGRAFÍA	NO COTIZO	$ 1.594.841	$ 500.000	$ 500.000
		MEDIOS DE CONTRASTE				
345		ULTRAVIST300 X 50ML	$ 350.000	$ 489.951	NO COTIZO	$ 350.000
346		BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	$ 260.000	$ 489.951	NO COTIZO	$ 260.000
347		ENEMA BARITADO	$ 260.000	$ 489.951	NO COTIZO	$ 260.000
348		GADOVIST 1MMOL/ML, (ACIDO GADOTÉRICO)	$ 1.344.000	$ 629.937	NO COTIZO	$ 629.937
349		Gadovist 1Mmol/Ml	$ 1.344.000	$ 629.937	NO COTIZO	$ 629.937
350		AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE BARIO EN POLVO)	$ 260.000	$ 395.280	NO COTIZO	$ 260.000
351		PRIMOVIST	$ 950.000	$ 1.110.742	$ 900.000	$ 900.000
352		CAVERJECT	NO COTIZO	$ 169.983	NO COTIZO	$ 169.983
353		GASTROGRAFINA(GASTROVIEW)	NO COTIZO	$ 629.937	NO COTIZO	$ 629.937
354		AGENTE ESCLEROSANTE	NO COTIZO	$ 349.965	NO COTIZO	$ 349.965
355	998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO (CUPS 998702)	$ 700.000	$ 228.914	NO COTIZO	$ 228.914

NOTA 1: Para la determinación del valor estimado del mercado se tuvieron en cuenta las tres (3) cotizaciones remitidas por los posibles oferentes **RADIOIMÁGENES RADIÓLOGOS ASOCIADOS**, **CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS SANTA MARTA** e **IMAGENOLOGÍA DEL MAGDALENA**. Con fundamento en el análisis comparativo de dichas cotizaciones, y en aplicación de los principios de economía y selección objetiva, se tomó el menor de los tres, debido alta variabilidad entre las cotizaciones, con diferencias sustanciales que distorsionan el promedio y no reflejan adecuadamente el comportamiento real del mercado. En estos casos, el valor más bajo se identifica como una referencia más eficiente y razonable del costo del servicio.

Es de anotar que se realizaron múltiples solicitudes de cotización, tanto por medio de correo electrónico como de manera presencial a las entidades mencionadas, así como la publicación correspondiente en la plataforma **SECOP II**, bajo el número de proceso **REF: PN RASES- SIP 193-2026**, donde no se recibieron cotizaciones como se puede evidenciar:

Proceso : RADIOLOGIA E IMAGENES IONIZANTES Y NO IONIZANTES - PN RASES8 SIP 193 26 (id CO1.BDOS.10025420)

Solicitud de Información a los Proveedores
PN RASES8 SIP 193 26

LÍNEA DE TIEMPO

LISTA DE OFERTAS

PN RASES8 SIP 193 26
Solicitud de Información a los Proveedores

EN ANALISIS

UC: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALU...

Fecha de presentación de ofertas 13/06/2020 3:00 PM
Fecha de publicación 6/06/2020 9:19 AM

RADIOLOGIA E IMAGENES IONIZANTES Y NO IONIZANTES

OFERTAS (0)

Sin ofertas

EVALUACIÓN ECONÓMICA (0)

No existen mapas comparativos

Solicitud de cotizaciones por medio de correo electrónico, así:

HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO

Importancia alta

Buenos días:
de manera atenta respetuosa me permito enviar la cotización para proceso de "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, SUMINISTRO DE INSUMOS, MEDICAMENTOS Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EPS, EN CUMPLIMIENTO DE ORDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.

"La tarifa cotizada cubrirá todos los insumos y medicamentos requeridos para la realización de los exámenes y procedimientos".

la siguiente solicitud debe ser enviada por la entidad interesada, con el membrete, logo y firma del representante legal, enviando a su vez el Excel adjunto con la cotización.

fecha límite de entrega 12 de agosto.

muchas gracias.

Teniente
HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO
Jefe del Grupo Prestador de Atención en Salud.
310 4966075
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Unidad Prestadora de Salud Magdalena

HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: gerencia; contratacion.imagenes@clinica-marcaribe.com; calidad@radioimagenes.co; direccioncomercial@clinicamarcaribe.com; imagenologiadelmagdalena@hotmail.com; recepcion@imagcentroradiologico.com; imagenes@clinicageneraldelnorte.com

Mar 04/08/2026 08:34 AM

! Importancia alta

Reenvió este mensaje el Mar 04/08/2026 08:57 AM.

doc20260731_10021351.pdf 705 KB | CUPS COTIZAR.xlsx 25 KB

2 archivos adjuntos (731 KB) Guardar todo en OneDrive - POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA. Descargar todo

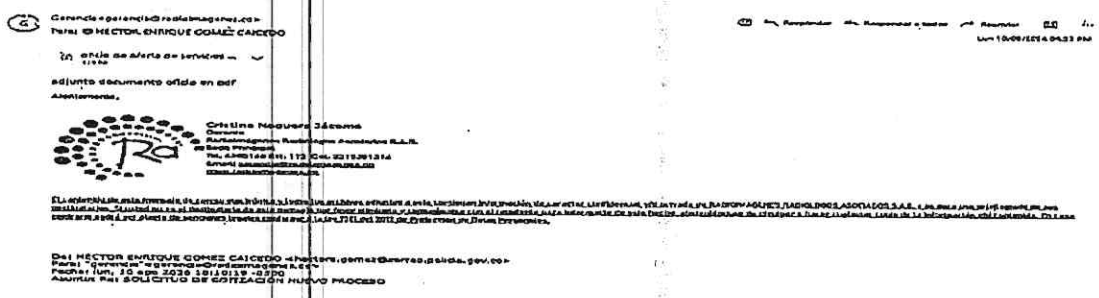
Buenos días;
de manera atenta respetuosa me permito enviar la cotización para proceso de "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, SUMINISTRO DE INSUMOS, MEDICAMENTOS Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.

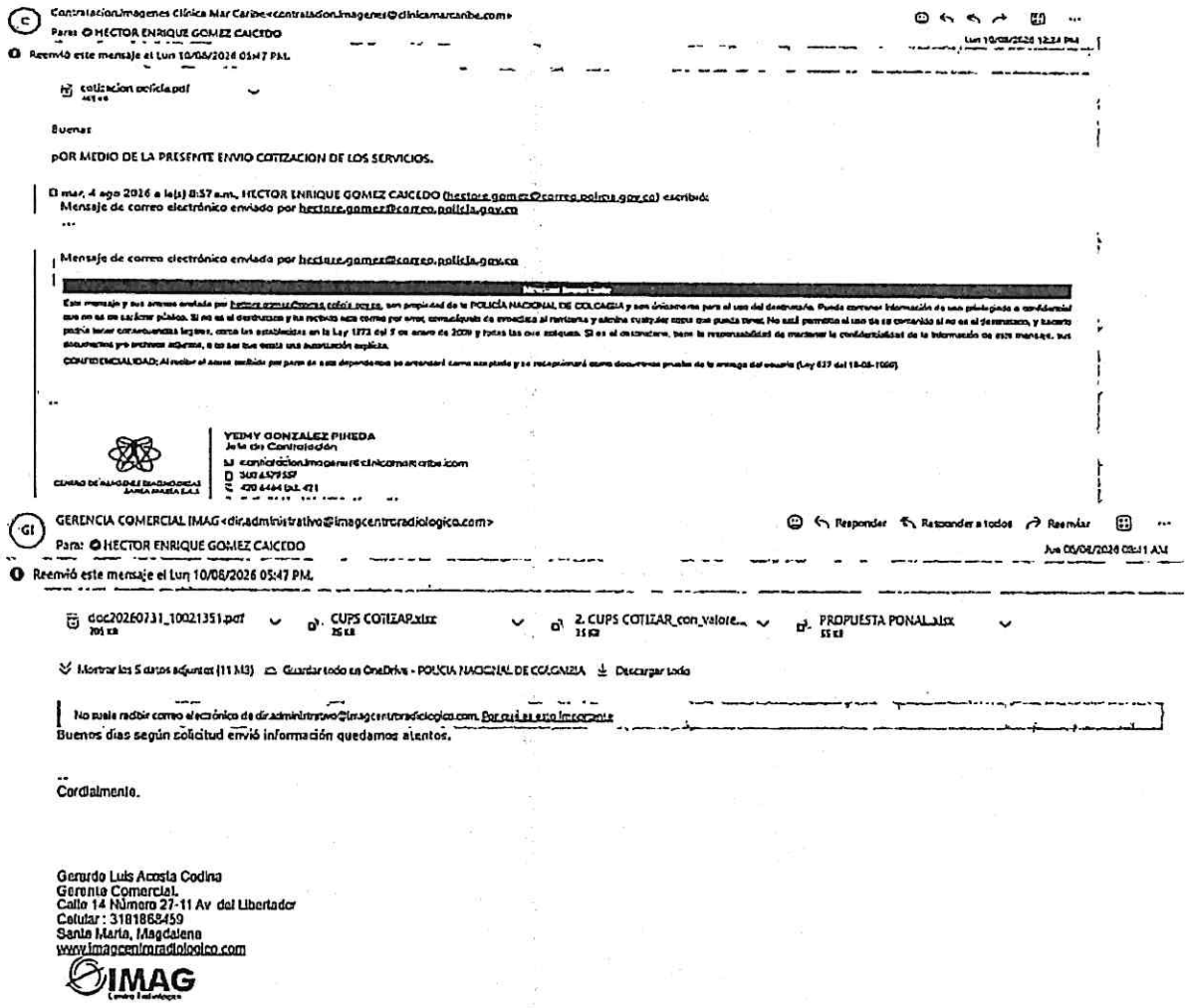
"La tarifa cotizada cubrirá todos los insumos y medicamentos requeridos para la realización de los exámenes y procedimientos".

la siguiente solicitud debe ser enviada por la entidad interesada, con el membrete, logo y firma del representante legal, anexando a su vez el Excel adjunto con la cotización.

fecha limite de entrega 12 de agosto.

Cotizaciones recibidas vía correo electrónico





Contratacion.Imagenes Clínica Mar Caribe <contratacion.imagenes@clinicamarcaribe.com>
Para: HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO
Lun 10/08/2026 12:24 PM
Reenvió este mensaje el Lun 10/08/2026 05:47 PM.

cotizacion policia.pdf

Buenas

pOR MEDIO DE LA PRESENTE ENVIO COTIZACION DE LOS SERVICIOS.

El mar, 4 ago 2026 a la(s) 8:57 a.m., HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO (hector.gomez@correo.policia.gov.co) escribió:
Mensaje de correo electrónico enviado por hector.gomez@correo.policia.gov.co

Mensaje de correo electrónico enviado por hector.gomez@correo.policia.gov.co

Este mensaje y sus anexos enviado por hector.gomez@correo.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 se ha de publicar. 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 no autorizado ni no es el propósito, y cualquier persona tiene consecuencias legales, contra 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 archivos adjuntos, o no son sus datos una autorización explícita.
CONFIDENCIALIDAD: Al recibir el correo electrónico por parte de esta dependencia se entenderá como aceptada y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario (Ley 527 del 18-08-1999).

YEIMY GONZALEZ PINEDA
Jefe de Contratación
contratacion.imagenes@clinicamarcaribe.com
3003479557
420 6444 Ext. 421
CLINICA DE ESPECIALIDADES RADIOLOGICAS SANTA MARIA S.A.S

GERENCIA COMERCIAL IMAG <dir.administrativo@imagcentroradiologico.com>
Para: HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO
Responder Responder a todos Reenviar
Vie 05/06/2026 08:11 AM
Reenvió este mensaje el Lun 10/08/2026 05:47 PM.

doc20260731_10021351.pdf
CUPS COTIZAR.xlsx
2. CUPS COTIZAR_con_valore...
PROPUESTA PONAL.xlsx

Mostrar los 5 datos adjuntos (11 MB) Guardar todo en OneDrive - POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA Descargar todo

No suele recibir correo electrónico de dir.administrativo@imagcentroradiologico.com. Por qué es esto importante

Buenos días según solicitud envió información quedamos atentos.

Cordialmente.

Gerardo Luis Acosta Codina
Gerente Comercial.
Calle 14 Número 27-11 Av del Libertador
Celular : 3181868459
Santa Marta, Magdalena
www.imagcentroradiologico.com
IMAG

Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.

5.5 ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

ITEMS	CÓDIGO	IMAGENOLOGÍA CON OTRAS TÉCNICAS NO RADIOLÓGICAS	PRECIO HISTÓRICO	PRECIO SECOP	PRECIO MERCADO	PRECIO ESTIMADO
IMÁGENES NO IONIZANTES						
1	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$ 79.954	$ 169.488	$ 79.947	$ 79.947
2	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 172.648	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 120.000	$ 120.000
3	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 139.950	$ 161.322	$ 120.000	$ 120.000
4	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS	$ 76.690	$ 167.024	$ 76.683	$ 76.683

		SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS				
5	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 77.187	$ 161.322	$ 77.180	$ 77.180
6	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 66.636	$ 167.024	$ 66.630	$ 66.630
7	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 182.603	$ 167.024	$ 182.585	$ 167.024
8	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 73.605	$ 176.178	$ 73.598	$ 73.598
9	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 81.014	$ 152.856	$ 81.006	$ 81.006
10	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$ 97.352	$ 152.856	$ 97.343	$ 97.343
11	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 73.644	$ 161.322	$ 73.637	$ 73.637
12	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 134.694	$ 324.456	$ 134.681	$ 134.681
13	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 107.410	$ 257.684	$ 107.399	$ 107.399
14	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 67.566	$ 162.448	$ 67.560	$ 67.560
15	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$ 97.931	$ 202.800	$ 97.922	$ 97.922
16	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 84.606	$ 108.680	$ 84.598	$ 84.598
17	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 88.158	$ 165.465	$ 88.150	$ 88.150
18	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 203.002	$ 171.800	$ 189.800	$ 171.800
19	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	$ 47.978	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 47.974	$ 47.974
20	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 62.479	$ 171.000	$ 62.474	$ 62.474
21	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 48.664	$ 134.024	$ 48.660	$ 48.660
22	881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 129.880	$ 114.400	$ 129.868	$ 114.400
23	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)	$ 204.492	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 204.472	$ 204.472
24	881411	ECOGRAFÍA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 290.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 289.971	$ 289.971
25	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$ 592.500	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 450.000	$ 450.000
26	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 48.185	$ 109.824	$ 48.181	$ 48.181
27	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 67.036	$ 171.600	$ 67.030	$ 67.030
28	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 69.430	$ 101.200	$ 69.423	$ 69.423
29	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 153.950	$ 224.554	$ 153.935	$ 153.935
30	881436	ECOGRAFÍA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 180.845	$ 237.582	$ 180.827	$ 180.827
31	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 253.764	$ 239.218	$ 253.739	$ 239.218
32	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	$ 754.000	NO EXISTE	$ 350.000	$ 350.000

				PRECIO REFERENCIA SECOP		
33	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL	$ 825.080	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 638.250	$ 638.250
34	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 84.502	$ 196.680	$ 84.494	$ 84.494
35	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 125.011	$ 141.682	$ 124.999	$ 124.999
36	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 57.247	$ 167.024	$ 57.242	$ 57.242
37	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 103.334	$ 212.052	$ 103.324	$ 103.324
38	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 35.963	$ 161.322	$ 35.960	$ 35.960
39	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 74.715	$ 161.322	$ 74.708	$ 74.708
40	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 74.715	$ 161.322	$ 74.708	$ 74.708
41	881603	ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN NERVIOS DE EXTREMIDADES	$ 285.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 284.972	$ 284.972
42	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 77.040	$ 175.384	$ 77.033	$ 77.033
43	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 102.075	$ 169.408	$ 102.066	$ 102.066
44	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 98.894	$ 169.408	$ 98.885	$ 98.885
45	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 99.712	$ 169.408	$ 99.702	$ 99.702
46	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 77.040	$ 169.408	$ 77.033	$ 77.033
47	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 101.571	$ 169.408	$ 101.562	$ 101.562
48	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 108.628	$ 169.408	$ 108.617	$ 108.617
49	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 82.216	$ 169.408	$ 82.208	$ 82.208
50	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$ 99.268	$ 175.384	$ 99.259	$ 99.259
51	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 77.229	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 77.222	$ 77.222
52	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN	$ 104.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 103.990	$ 103.990
53	881704	ECOGRAFÍA FUNCIONAL (DOPPLER DE BAJO FLUJO)	$ 210.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 209.979	$ 209.979
54	881705	ECOGRAFÍA DE PIEL O ANEXOS	$ 256.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 255.974	$ 255.974
55	881706	ECOGRAFÍA DE COLUMNA PREOSIFICACIÓN	$ 350.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 349.965	$ 349.965
56	882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 240.347	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 240.323	$ 240.323
57	882105	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS	$ 1.302.543	NO EXISTE PRECIO REFERENCI	$ 350.000	$ 350.000

				A SECOP		
58	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$ 158.438	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 158.423	$ 158.423
59	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 252.186	$ 550.809	$ 241.521	$ 241.521
60	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 231.620	$ 527.384	$ 231.597	$ 231.597
61	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 149.733	$ 406.919	$ 149.718	$ 149.718
62	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 182.647	$ 406.919	$ 182.629	$ 182.629
63	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 243.378	$ 564.341	$ 243.354	$ 243.354
64	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 149.733	$ 564.351	$ 149.718	$ 149.718
65	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$ 149.733	$ 564.351	$ 149.718	$ 149.718
66	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 182.647	$ 212.520	$ 182.629	$ 182.629
67	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 149.733	$ 406.919	$ 149.718	$ 149.718
68	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 113.100	$ 527.384	$ 113.089	$ 113.089
69	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 144.103	$ 601.317	$ 144.089	$ 144.089
70	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 239.672	$ 212.520	$ 239.649	$ 212.520
71	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 113.100	$ 212.520	$ 113.089	$ 113.089
72	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 113.100	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 113.089	$ 113.089
73	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 97.802	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 97.792	$ 97.792
74	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 122.818	$ 291.137	$ 122.806	$ 122.806
75	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 122.818	$ 303.677	$ 122.806	$ 122.806
76	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 122.818	$ 303.677	$ 122.806	$ 122.806
77	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 122.818	$ 272.569	$ 122.806	$ 122.806
78	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 122.818	$ 303.677	$ 122.806	$ 122.806
79	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 122.818	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 122.806	$ 122.806
80	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS	$ 122.818	$ 601.317	$ 122.806	$ 122.806
81	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO	$ 122.818	$ 601.317	$ 122.806	$ 122.806
82	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$ 122.818	NO EXISTE PRECIO	$ 122.806	$ 122.806

				REFERENCIA SECOP		
83	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 122.818	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 122.806	$ 122.806
84	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 1.083.496	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.083.389	$ 1.083.389
85	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 1.077.976	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.077.869	$ 1.077.869
86	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 1.083.496	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.083.389	$ 1.083.389
87	883104	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL	$ 760.500	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 760.424	$ 760.424
88	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 626.446	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 626.384	$ 626.384
89	883106	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA	$ 1.996.145	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
90	883107	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	$ 1.941.518	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
91	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 1.343.736	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
92	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 1.124.757	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.124.645	$ 1.124.645
93	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 1.272.500	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
94	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 1.145.528	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.145.414	$ 1.145.414
95	883112	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HIPOCAMPO CON ANÁLISIS VOLUMÉTRICO	$ 1.599.600	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
96	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 687.750	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 687.682	$ 687.682
97	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 802.402	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 802.322	$ 802.322
98	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 687.750	NO EXISTE PRECIO REFERENCI	$ 687.682	$ 687.682

				A SECOP		
99	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$ 802.402	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 802.322	$ 802.322
100	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 687.750	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 687.682	$ 687.682
101	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 802.402	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 802.322	$ 802.322
102	883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$ 675.345	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 675.278	$ 675.278
103	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE	$ 802.402	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 802.322	$ 802.322
104	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 675.345	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 675.278	$ 675.278
105	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$ 802.402	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 802.322	$ 802.322
106	883236	RASTREO DE COLUMNA TOTAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 2.226.971	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
107	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 687.750	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 687.682	$ 687.682
108	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	$ 2.990.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 2.989.701	$ 2.989.701
109	883322	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$ 2.648.642	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 2.648.378	$ 2.648.378
110	883324	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL	$ 2.648.642	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 2.648.378	$ 2.648.378
111	883325	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON ESTRÉS (FÍSICO O FARMACOLÓGICO)	$ 3.500.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 3.000.000	$ 3.000.000
112	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 699.498	$ 780.000	$ 699.429	$ 699.429
113	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$ 708.144	$ 780.000	$ 708.074	$ 708.074
114	883390	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	$ 767.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 766.923	$ 766.923
115	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 746.428	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 746.354	$ 746.354

116	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 674.152	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 674.085	$ 674.085
117	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 649.896	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 649.832	$ 649.832
118	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$ 1.228.906	$ 780.000	$ 1.200.000	$ 780.000
119	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$ 1.224.691	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
120	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 549.053	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 548.999	$ 548.999
121	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 748.846	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 748.772	$ 748.772
122	883442	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA	$ 951.691	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 951.597	$ 951.597
123	883443	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA	$ 951.691	$ 780.000	$ 951.597	$ 780.000
124	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 918.537	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 918.446	$ 918.446
125	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 626.880	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 626.818	$ 626.818
126	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 898.769	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 898.680	$ 898.680
127	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 626.880	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 626.818	$ 626.818
128	883545	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	$ 587.458	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 587.400	$ 587.400
129	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 969.789	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 969.693	$ 969.693
130	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 538.654	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 538.601	$ 538.601
131	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 582.915	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 582.857	$ 582.857
132	883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 701.233	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 701.163	$ 701.163

133	883903	RESONANCIA MAGNÉTICA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 484.271	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 484.223	$ 484.223
134	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$ 1.264.900	$ 600.000	$ 1.200.000	$ 600.000
135	883905	ESPECTROSCOPIA	$ 1.996.896	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
136	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$ 1.591.029	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
137	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 1.545.730	$ 650.000	$ 1.200.000	$ 650.000
138	883910	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESTUDIO DINÁMICO (CINE RESONANCIA)	$ 1.971.914	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
139	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 637.591	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 637.528	$ 637.528
140	883912	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 1.062.796	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.062.691	$ 1.062.691
141	883913	DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 1.947.354	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.200.000	$ 1.200.000
142	61002	BIOPSIA GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 493.055	$ 637.000	$ 430.400	$ 430.400
143	61302	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 761.592	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 761.517	$ 761.517
144	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMON VIA PERCUTANEA	$ 1.995.895	$ 350.000	$ 1.995.696	$ 350.000
145	382102	BIOPSIA VASO SANGUINEO PROFUNDO	$ 1.703.367	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.703.197	$ 1.703.197
146	401101	BIOPSIA GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	$ 761.591	$ 388.649	$ 761.516	$ 388.649
147	401102	BIOPSIA GANGLIO LINFATICO PROFUNDO GUIADA X ECO	$ 1.714.769	$ 388.649	$ 1.714.598	$ 388.649
148	501002	BIOPSIA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO BAJO ECOGRAFIA	$ 1.720.489	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.720.318	$ 1.720.318
149	542402	BIOPSIA DE MASA NTRAABDOMINALES VIA PERCUTANEO	$ 1.639.089	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.638.926	$ 1.638.926
150	552603	BIOPSIA DE RIÑON VIA PERCUTANEA GUIA TOMOGRAFICA	$ 2.364.364	$ 388.649	$ 2.364.128	$ 388.649
151	601101	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 1.002.251	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.002.151	$ 1.002.151
152	702300	BIOPSIA DE FONDO DE SACO GUIADA POR ECOGRAFIA	$ 1.859.089	NO EXISTE PRECIO	$ 1.858.904	$ 1.858.904

				REFERENCIA SECOP		
153	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	$ 892.251	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 892.162	$ 892.162
154	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO	$ 892.251	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 892.162	$ 892.162
155	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA PERCUTANEA	$ 892.251	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 892.162	$ 892.162
156	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULO,TENDON,FASCIA Y BURSA	$ 1.093.143	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.093.034	$ 1.093.034
157	851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA GUIADA X US	$ 378.802	$ 423.931	$ 378.764	$ 378.764
158	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT) GUIADA POR ECOGRAFIA	$ 566.734	$ 681.784	$ 566.678	$ 566.678
159	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 958.784	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 497.300	$ 497.300
160	601103	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR SATURACION ABORDAJE TRANSRECTA	$ 1.375.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.374.863	$ 1.374.863
161	878905	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA	$ 130.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.449.855	$ 130.000
162	851301	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON	$ 1.343.522	$ 293.450	$ 1.343.388	$ 293.450
IMÁGENES IONIZANTES						
163	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 49.898	$ 103.136	$ 30.000	$ 30.000
164	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$ 46.001	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 45.996	$ 45.996
165	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 43.666	$ 104.611	$ 30.000	$ 30.000
166	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 45.165	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
167	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 60.132	$ 101.186	$ 40.000	$ 40.000
168	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 61.216	$ 101.186	$ 40.000	$ 40.000
169	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 54.808	$ 84.188	$ 40.000	$ 40.000
170	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 52.345	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
171	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 45.229	$ 91.432	$ 30.000	$ 30.000
172	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 37.621	$ 65.166	$ 30.000	$ 30.000
173	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 47.987	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
174	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 45.166	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
175	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 45.166	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
176	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 40.238	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
177	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 45.166	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
178	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 45.207	$ 78.299	$ 45.203	$ 45.203
179	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 57.815	$ 78.299	$ 57.809	$ 57.809

180	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 51.271	$ 90.531	$ 40.000	$ 40.000
181	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 51.467	$ 90.431	$ 40.000	$ 40.000
182	870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 35.718	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 35.715	$ 35.715
183	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 56.128	$ 99.017	$ 40.000	$ 40.000
184	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 56.021	$ 115.832	$ 40.000	$ 40.000
185	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 54.933	$ 96.858	$ 40.000	$ 40.000
186	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 59.497	$ 113.188	$ 40.000	$ 40.000
187	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 68.359	$ 120.876	$ 50.000	$ 50.000
188	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 53.502	$ 89.553	$ 40.000	$ 40.000
189	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 136.153	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 90.000	$ 90.000
190	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 193.263	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 167.973	$ 167.973
191	871062	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 158.580	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 158.565	$ 158.565
192	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 207.250	$ 36.875	$ 58.000	$ 36.875
193	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 35.417	$ 66.525	$ 30.000	$ 30.000
194	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 47.419	$ 85.824	$ 30.000	$ 30.000
195	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 44.113	$ 77.694	$ 30.000	$ 30.000
196	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 47.976	$ 100.232	$ 40.000	$ 40.000
197	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 44.815	$ 64.549	$ 30.000	$ 30.000
198	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	$ 25.087	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 25.000	$ 25.000
199	871208	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO	$ 57.703	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 57.697	$ 57.697
200	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 37.345	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 37.342	$ 37.342
201	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 56.812	$ 100.124	$ 40.000	$ 40.000
202	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 76.351	$ 133.006	$ 76.344	$ 76.344
203	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 90.992	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 90.984	$ 90.984
204	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 94.236	NO EXISTE PRECIO REFERENCI	$ 94.227	$ 94.227

				A SECOP		
205	872103	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CON MARCADORES	$ 144.703	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 144.689	$ 144.689
206	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 108.405	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 108.394	$ 108.394
207	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 86.304	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 86.295	$ 86.295
208	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 118.423	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 118.411	$ 118.411
209	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 82.208	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 82.200	$ 82.200
210	872510	COLECISTOGRAFÍA ORAL	$ 57.391	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 57.386	$ 57.386
211	872520	COLANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA	$ 79.946	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 79.938	$ 79.938
212	873001	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA	$ 173.035	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 120.000	$ 120.000
213	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$ 96.609	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 96.599	$ 96.599
214	873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	$ 193.655	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 120.000	$ 120.000
215	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 34.309	$ 60.421	$ 30.000	$ 30.000
216	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 45.589	$ 78.299	$ 30.000	$ 30.000
217	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 34.309	$ 60.421	$ 30.000	$ 30.000
218	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 38.657	$ 91.432	$ 30.000	$ 30.000
219	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 30.370	$ 60.421	$ 30.000	$ 30.000
220	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 34.180	$ 91.432	$ 34.177	$ 34.177
221	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 35.894	$ 90.640	$ 35.891	$ 35.891
222	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 44.460	$ 74.797	$ 30.000	$ 30.000
223	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 36.127	$ 57.708	$ 30.000	$ 30.000
224	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 34.309	$ 57.708	$ 30.000	$ 30.000
225	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 36.127	$ 70.576	$ 30.000	$ 30.000
226	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	$ 43.291	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 43.288	$ 43.288
227	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 46.939	$ 90.992	$ 40.000	$ 40.000
228	873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS	$ 27.681	$ 70.576	$ 27.679	$ 27.679

		METATARSIANOS				
229	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 173.410	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 173.393	$ 173.393
230	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 181.788	$ 105.338	$ 167.973	$ 105.338
231	873308	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$ 191.485	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 191.467	$ 191.467
232	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 39.017	$ 111.038	$ 39.013	$ 39.013
233	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 44.460	$ 78.299	$ 44.456	$ 44.456
234	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 44.460	$ 78.299	$ 44.456	$ 44.456
235	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 32.537	$ 91.432	$ 32.534	$ 32.534
236	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 30.370	$ 91.432	$ 30.368	$ 30.368
237	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 34.309	$ 60.421	$ 34.306	$ 34.306
238	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 44.460	$ 91.432	$ 40.000	$ 40.000
239	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 39.970	$ 66.525	$ 39.967	$ 39.967
240	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 30.825	$ 53.581	$ 30.000	$ 30.000
241	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 44.460	$ 78.299	$ 40.000	$ 40.000
242	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 29.884	$ 35.379	$ 25.000	$ 25.000
243	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 52.137	$ 90.431	$ 45.000	$ 45.000
244	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 31.488	$ 60.421	$ 31.486	$ 31.486
245	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 21.896	$ 34.909	$ 21.895	$ 21.895
246	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 18.962	$ 26.506	$ 18.961	$ 18.961
247	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 127.500	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 42.231	$ 42.231
248	874201	CISTERNOGRAFÍA	$ 1.580.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.579.842	$ 1.579.842
249	874510	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 153.193	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 42.231	$ 42.231
250	874601	DACRIOCISTOGRAFÍA UNILATERAL	$ 459.408	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 42.231	$ 42.231
251	874602	DACRIOCISTOGRAFÍA BILATERAL	$ 869.422	NO EXISTE	$ 42.231	$ 42.231

				PRECIO REFERENCIA SECOP		
252	874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	$ 620.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 619.938	$ 619.938
253	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$ 276.776	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 42.231	$ 42.231
254	874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$ 556.558	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 42.231	$ 42.231
255	874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	$ 452.940	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 452.895	$ 452.895
256	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$ 448.327	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 42.231	$ 42.231
257	875411	DISCOGRAFÍA CERVICAL (UN DISCO)	$ 418.340	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 418.299	$ 418.299
258	875412	DISCOGRAFÍA CERVICAL (DOS O MÁS DISCOS)	$ 903.315	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 500.000	$ 500.000
259	875421	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (UN DISCO)	$ 418.340	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 418.299	$ 418.299
260	875422	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (DOS O MÁS DISCOS)	$ 903.315	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 650.000	$ 650.000
261	875431	DISCOGRAFÍA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	$ 418.340	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 418.299	$ 418.299
262	875432	DISCOGRAFÍA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MÁS DISCOS)	$ 903.315	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 650.000	$ 650.000
263	875441	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (UN DISCO)	$ 418.340	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 418.299	$ 418.299
264	875442	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (DOS O MÁS DISCOS)	$ 903.315	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 650.000	$ 650.000
265	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 1.677.463	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 700.000	$ 700.000
266	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 684.672	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 684.604	$ 684.604
267	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 285.591	NO EXISTE PRECIO	$ 285.563	$ 285.563

				REFERENCIA SECOP		
268	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 243.223	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 243.199	$ 243.199
269	875531	MIELOGRAFÍA DINÁMICA LUMBAR	$ 920.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 919.908	$ 919.908
270	875601	ARTROGRAFÍA CERVICAL	$ 549.939	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 549.884	$ 549.884
271	875603	ARTROGRAFÍA LUMBAR	$ 549.939	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 549.884	$ 549.884
272	876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	$ 795.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 794.921	$ 794.921
273	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 123.647	$ 171.672	$ 123.635	$ 123.635
274	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 149.924	$ 206.376	$ 149.909	$ 149.909
275	876803	TOMOSÍNTESIS	$ 203.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 202.980	$ 202.980
276	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$ 125.121	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 125.109	$ 125.109
277	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$ 125.121	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 125.109	$ 125.109
278	877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$ 110.880	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 110.870	$ 110.870
279	877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$ 203.599	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 203.580	$ 203.580
280	877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$ 203.599	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 203.580	$ 203.580
281	877501	PERITONEOGRAFÍA	$ 987.500	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 987.401	$ 987.401
282	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	$ 282.811	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 282.783	$ 282.783
283	877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 493.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 492.951	$ 492.951
284	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 79.453	$ 316.932	$ 79.446	$ 79.446
285	877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 205.859	NO EXISTE PRECIO	$ 205.839	$ 205.839

				REFERENCIA SECOP		
286	877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	$ 63.406	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 63.400	$ 63.400
287	877815	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA	$ 417.816	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 286.124	$ 286.124
288	877816	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 254.144	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 254.119	$ 254.119
289	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	$ 111.070	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 111.060	$ 111.060
290	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 111.070	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 111.060	$ 111.060
291	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$ 111.070	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 111.060	$ 111.060
292	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 111.070	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 111.060	$ 111.060
293	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 111.070	$ 475.398	$ 111.060	$ 111.060
294	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 111.070	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 111.060	$ 111.060
295	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	$ 239.006	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 238.982	$ 238.982
296	878711	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO	$ 179.878	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 179.861	$ 179.861
297	878721	ARTROGRAFÍA DE CODO	$ 179.878	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 179.861	$ 179.861
298	878731	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	$ 179.878	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 179.861	$ 179.861
299	878811	ARTROGRAFÍA DE CADERA	$ 179.878	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 179.861	$ 179.861
300	878812	ARTROGRAFÍA DE RODILLA	$ 179.878	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 179.861	$ 179.861
301	878831	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO	$ 179.878	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 179.861	$ 179.861
302	878906	FISTULOGRAFÍA EN SITIO NO	$ 795.000	NO EXISTE	$ 794.921	$ 794.921

		ESPECIFICADO		PRECIO REFERENCIA SECOP		
303	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 140.715	$ 536.438	$ 140.701	$ 140.701
304	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 154.353	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 154.338	$ 154.338
305	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 176.719	$ 673.914	$ 176.702	$ 176.702
306	879114	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	$ 610.612	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 400.000	$ 400.000
307	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 154.461	$ 588.649	$ 154.446	$ 154.446
308	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 120.060	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 120.049	$ 120.049
309	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 154.461	$ 588.649	$ 154.446	$ 154.446
310	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 154.461	$ 525.273	$ 154.446	$ 154.446
311	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 154.461	$ 588.649	$ 154.446	$ 154.446
312	879141	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)	$ 304.500	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 304.470	$ 304.470
313	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 154.360	$ 588.649	$ 154.345	$ 154.345
314	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 130.892	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 130.880	$ 130.880
315	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 130.892	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 130.880	$ 130.880
316	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 94.156	$ 499.242	$ 94.147	$ 94.147
317	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$ 145.284	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 145.270	$ 145.270
318	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 146.436	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 146.422	$ 146.422
319	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	$ 1.031.500	$ 640.000	$ 1.031.397	$ 640.000
320	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 191.168	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 191.150	$ 191.150
321	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 165.895	$ 632.279	$ 165.879	$ 165.879

322	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 696.264	$ 400.000	$ 696.195	$ 400.000
323	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 192.662	$ 734.776	$ 192.643	$ 192.643
324	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 272.478	$ 134.590	$ 272.452	$ 134.590
325	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] CON COTRASTE	$ 460.204	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 450.000	$ 450.000
326	879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	$ 502.208	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 450.000	$ 450.000
327	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 215.114	$ 457.608	$ 215.093	$ 215.093
328	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 193.610	$ 457.608	$ 193.591	$ 193.591
329	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 142.995	$ 176.595	$ 142.982	$ 142.982
330	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 148.993	$ 176.595	$ 148.979	$ 148.979
331	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 873.255	$ 901.809	$ 871.700	$ 871.700
332	879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$ 1.890.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 1.889.811	$ 1.889.811
333	879903	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON PERFUSIÓN	$ 761.674	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 761.599	$ 761.599
334	879905	TOMOGRAFÍA COMPUTADA ÓSEA DE CUERPO ENTERO	$ 3.500.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 3.499.650	$ 3.499.650
335	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 339.440	$ 778.406	$ 339.406	$ 339.406
336	879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 451.472	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 451.428	$ 451.428
337	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 183.122	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 183.104	$ 183.104
338	886011	OSTEODENSITOMETRÍA POR TC	$ 154.360	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 154.345	$ 154.345
339	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	$ 166.206	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 166.189	$ 166.189
340	886013	OSTEODENSITOMETRÍA Y COMPOSICIÓN CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)	$ 422.277	NO EXISTE PRECIO REFERENCI	$ 410.900	$ 410.900

				A SECOP		
341	886014	MORFOMETRÍA VERTEBRAL	$ 279.148	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 279.121	$ 279.121
342	886101	ELASTOGRAFÍA	$ 1.231.940	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 189.800	$ 189.800
343	887002	CINEANGIOGRAFÍA	$ 501.011	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 500.000	$ 500.000
344	887201	DEFECOGRAFÍA	$ 1.595.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 500.000	$ 500.000
		MEDIOS DE CONTRASTE				
345		ULTRAVIST300 X 50ML	$ 490.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 350.000	$ 350.000
346		BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	$ 215.707	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 260.000	$ 215.707
347		ENEMA BARITADO	$ 355.235	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 260.000	$ 260.000
348		GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO)	$ 505.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 629.937	$ 505.000
349		Gadovist 1Mmol/Ml	$ 784.667	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 629.937	$ 629.937
350		AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE BARIO EN POLVO)	$ 395.319	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 260.000	$ 260.000
351		PRIMOVIST	$ 1.110.854	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 900.000	$ 900.000
352		CAVERJECT	$ 170.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 169.983	$ 169.983
353		GASTROGRAFINA(GASTROVIEW)	$ 630.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 629.937	$ 629.937
354		AGENTE ESCLEROSANTE	$ 350.000	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 349.965	$ 349.965
355	998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO (CUPS 998702)	$ 414.469	NO EXISTE PRECIO REFERENCIA SECOP	$ 228.914	$ 228.914

NOTA: Para establecer el valor estimado del presente proceso de contratación, se tomaron como referencia los precios históricos de contratos anteriores, los precios consultados en la plataforma SECOP II y los precios obtenidos mediante el estudio de mercado. Una vez realizado el análisis comparativo de los valores identificados para cada ítem, se determinó como valor estimado el menor precio entre las tres fuentes consultadas, siempre que cumpliera con las especificaciones técnicas requeridas y resultara comparable con las demás cotizaciones y referencias analizadas. Esta metodología permite establecer un presupuesto acorde con las condiciones del mercado, optimizar el uso de los recursos públicos y sustentar técnicamente el valor estimado del proceso, en observancia de los principios de economía, planeación y selección objetiva.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.6 VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN

Una vez calculado el valor estimado se debe diligenciar el siguiente cuadro, el cual debe trasladarse al estudio previo:

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	RECURSO	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA
1	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PROFESIONALES 020202009	16	REGIA- UPRES DEMAG	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.	-	$30.000.000,00 VIGENCIA 2026	$30.000.000,00 VIGENCIA 2026
2						$315.000.000,00 Vigencia futura 2027	$315.000.000,00 Vigencia futura 2027
						VALOR TOTAL ESTIMADO	$345.000.000,00

Mayor **LINDA YOHANNA IBARRA ÁLVAREZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tipo B Magdalena

Teniente **HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO**
Estructurador Estudio Previo

CPS MERCY **MARGARITA RADA MARTINEZ**
Medico auditor de referencia y contra referencia UPRES DEMAG
Apoyo estructuración

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista, aplican para el proceso de Seleccionar modalidad de contratación cuyo objeto es **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

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

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

En mi calidad de Jefe Unidad Prestadora de salud Magdalena manifiesto con la suscripción de esta CERTIFICACION que las Unidades Prestadoras de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud N°8 no cuenta con el personal idóneo, infraestructura y/o equipos para **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

Mayor **LINDA YOHANNA IBARRA ÁLVAREZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tipo B Magdalena

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

NOTA INFORMATIVA:

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

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

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>CONDICIONES TECNICAS MINIMAS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>HABILITACIÓN: El oferente anexo a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.El oferente deberá anexar la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019:
<table>
<tr><th>NOMBRE SERVICIO</th><th>CODIGO</th><th>NOMBRE</th></tr>
<tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td><td>744</td><td>IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES</td></tr>
<tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td><td>745</td><td>IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES</td></tr>
</table>
Sujeto a verificación por el comité técnico, el SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el oferente mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio.

El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes".
En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

Nota: El comité evaluador técnico deberá verificar que el proponente cuenta con el servicio ofertado debidamente habilitado en el Registro Especial de Prestadores (REPS), así como la capacidad instalada para su adecuada prestación de acuerdo a los estándares de habilitación que indica la resolución 3100 de 2019:</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Informar ejecución del contrato (porcentajes de ejecución)

El oferente se compromete a entregar de manera mensual el reporte de ejecución del contrato al supervisor del mismo, e informar, de manera inmediata cuando el contrato se haya ejecutado en los siguientes porcentajes:

En un cincuenta por ciento (50%)
En un setenta por ciento (70%)
En el noventa por ciento (90%)
En el cien por ciento (100%)</td></tr>
</table>

	Nota: Los informes en cada uno de sus cortes deberá estar firmada por el Representante Legal; lo anterior con el fin de realizar los respectivos trámites administrativos tendientes a garantizar la prestación del servicio a contratar y ejercer control a la facturación y ejecución.
3	**Ejecución contractual y Radicación de factura** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8 – Unidad Prestadora de Salud Magdalena, que una vez ejecutado el 100% del presupuesto del presente contrato, NO continuará prestando los servicios de salud, SALVO, que se trate de caso de urgencias debidamente justificadas, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (Atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias, en sólo triage 1 y/o 2). Los servicios prestados por fuera del contrato, que no cumplan con estas condiciones; no son compromisos de la unidad prestadora de salud Magdalena y éstos serán asumidos por el oferente. Cabe resaltar que en este caso, el Contratante no será responsable si el futuro oferente realiza una **sobre ejecución del contrato** por la demora en el proceso de radicación de facturas, las cuales deberán realizarse de manera mensual (los primeros cinco (5) días de cada mes), conforme a la prestación de los servicios generados en el mes inmediatamente anterior, por lo tanto, El OFERENTE se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional - Regional de Aseguramiento de Salud N° 8 - Unidad Prestadora de Salud Magdalena, de cualquier reclamación proveniente por una eventual sobre ejecución.
4	El oferente por ningún medio solicitará a los usuarios del SSPN dinero para el PAGO o COPAGO de servicios de salud. La IPS ordenará medicamento pertinente, servicio o procedimiento, acorde a las GPC o protocolos establecidos, y aquellas contempladas en el Acuerdo 093 del 08 de octubre 2025 (Plan de Servicios y Tecnología en Salud del Subsistema de la Policía Nacional) y llegado el caso el servicio no esté incluido en dicho plan, se debe diligenciar para presentar al EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales en Salud) el formato del anexo 1 y anexo 6 servicios y/o tecnologías respectivamente de la Resolución 593 del 13 de diciembre de 2023 de DISAN.
5	Los costos por atención de los EVENTOS ADVERSOS, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador; cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del oferente. Entendido el evento adverso como lo define la Organización Mundial de la Salud, "daño no intencional causado al paciente como resultado de la atención médica, y no por la enfermedad de base". Su tratamiento económico se determinará previa evaluación de causalidad, evitabilidad e imputabilidad al prestador así:

Tipo de evento	Tratamiento económico
Evento no evitable o Complicación inherente al procedimiento	**100 % del servicio reconocido**
Evento evitable	**No reconocimiento de los costos adicionales directamente derivados del evento**

	La determinación deberá estar soportada en el análisis técnico y asistencial correspondiente, considerando la condición clínica del paciente, riesgo inherente del procedimiento, cumplimiento de protocolos, evitabilidad y relación causal. El responsable de Garantía de la Calidad en Salud en la regional programará visitas, mínimo una mensual, para verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Resolución 357 del 8 de julio de 2026 - artículo 21).
6	**ADICIÓN DE SERVICIOS** En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o EIPS, las partes podrán mediante documento

	modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: El (la) supervisor (a) del contrato allegará a la oficina de contratos como mínimo 2 cotizaciones, con el fin de determinar el precio de mercado que se utilizará como referencia para la modificación. - una vez determinado valor del estudio de mercado, el (la) supervisor (a) solicitará mediante comunicación oficial a la entidad oferente la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - con la aceptación por parte del oferente, el (la) supervisor (a) solicitará al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. **Nota:** en caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomará esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.
7	Reportar al **área de garantía de la Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8,** el reporte mensual de los indicadores, de conformidad a la Resolución 1446 de 2006 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" en lo referente a los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC. El correo para envío será notificado por parte del supervisor del contrato, una vez se notifique del mismo.
8	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** El oferente deberá acreditar la experiencia a través de **certificaciones** debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso. Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del oferente (oferente). Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA 1:** En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8, verificará la información según lo señalado en el **Decreto 019 de 2012.**
9	**CERTIFICACION PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN** El oferente deberá cumplir de acuerdo a las especificaciones del *MINISTERIO DE SALUD*, con un proceso dinámico y continuo que garantice la asepsia de las áreas de atención en salud, cumpliendo con protocolos de limpieza, cronogramas y actividades que permitan la eliminación de microorganismos patógenos y garanticen la atención de nuestros pacientes. **ANEXAR CERTIFICACIÓN** firmada por el representante legal de su cumplimiento.
10	**CERTIFICACION SUMINISTRO DE AGUA POTABLE** El oferente deberá garantizar la distribución y consumo de agua potable dentro de sus instalaciones para la prestación de servicios de salud, cumpliendo con los parámetros de calidad establecidos por el Decreto No. 1575 de 2007, la Resolución No. 2115 de 2007 y las condiciones sanitarias de infraestructura exigidas en la Resolución No. 3100 de 2019 (o aquella norma que la modifique, adicione o sustituya), garantizando adicionalmente la continuidad y almacenamiento exigidos para el sector salud. ANEXAR CERTIFICACIÓN firmada por el representante legal de su cumplimiento.
11	El contratista acreditará la idoneidad del recurso humano profesional en cada área de trabajo:

	OFERTAR EL RECURSO HUMANO: PROFESIONAL / CANTIDAD Médicos especialistas en Radiología e Imagenología: 1 Tecnólogos en Radiología e Imagenología: 1 Médicos especialistas en Ginecología y obstetricia, diplomado en ultrasonido ginecológico y obstétrico.: 1 Para el cumplimiento de lo anterior, el contratista aportará junto con su oferta lo siguiente: • El Anexo **FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO** debidamente diligenciado por cada profesional. • El personal debe estar registrado en el RETHUS, el cual será verificado durante la evaluación de la oferta Una vez iniciada la ejecución del contrato deberá allegar del personal la siguiente documentación: • Fotocopia del Título de educación profesional (pregrado), especialidad, subespecialista y/o su certificación de Homologación y/o Convalidación del título, si fue obtenido (a) en el exterior. **NOTA:** para el personal profesional, especialista o subespecialista según corresponda) fotocopia de la tarjeta profesional. **NOTA:** El supervisor del contrato verificará durante la ejecución del contrato, la idoneidad del personal profesional aportado por el futuro contratista en aras de garantizar la idoneidad para una óptima prestación de servicio, de igual forma que el futuro contratista garantice la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la especialidad ofertada, sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato.
12	**SUMINISTRO DE HISTORIA CLINICA PARA PROCESO DE AUDITORIA** Cuando por casos de requerimientos judiciales, inconformidades, quejas, reclamos y/o trámites de auditoría y verificación de la atención en la red contratada, se requiera acceder y verificar la atención de los usuarios; la entidad proporcionará usuario de acceso a la plataforma de atención; o, en su defecto si no cuenta con dicha plataforma, remitirá soportes de la atención requerida al correo institucional del proceso de auditoría que lo requiera. Lo anterior con el fin de garantizar el proceso de Contra referencia y registro de atenciones de red externa en el aplicativo institucional SISAP. El oferente se compromete a remitir dentro de las 48 siguientes a la solicitud, los soportes requeridos dentro del proceso de auditoría médica.
13	**PROFESIONAL ENLACE** El OFERENTE designará un funcionario como interlocutor entre la Entidad contratada y supervisor del contrato, quien, en coordinación con este último, solucionará los inconvenientes y/o novedades presentadas, igualmente agilizará algún trámite o requerimiento por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8. Nombres y apellidos: Cargo: Numero celular: Correo electrónico: Nota: Este funcionario deberá estar disponible y atender los medios tecnológicos (celular, correo electrónico) dispuestos para la correcta ejecución del contrato.
14	**FUNCIONARIO CALL CENTER Y PROGRAMACION DE SERVICIOS:** El oferente designará un funcionario; quien se encargará de interactuar con el responsable de atención al usuario del asegurador, responsable de Redes integrales y de referencia y contra referencia, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las

<table>
<tr><td></td><td>próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita.

Deberá indicar:

Nombre:

Cargo:

Teléfonos:

Correo electrónico:

Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contra referencia de usuarios, asignación de citas de consulta externa, programación de procedimientos de apoyo diagnósticos y terapéuticos, procedimientos quirúrgicos ambulatorios; y todos aquellos que se presenten durante la ejecución del contrato.</td></tr>
<tr><td>15</td><td>CERTIFICACION REEMPLAZO DE PROFESIONAL

El oferente CERTIFICARÁ por escrito; que contará con reemplazo de los profesionales ante cualquier eventualidad (vacaciones, licencias y demás novedades imprevistas con el personal de profesionales; para equipos dañados y/o averiados) sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato, garantizando la continuidad, accesibilidad y oportunidad ofertada, notificando al supervisor del contrato inmediatamente del evento presentado; y, suministrando los datos del profesional que va a generar el reemplazo.

El reemplazo no puede superar los 08 días calendarios, de la fecha de agendamiento inicialmente notificada a los usuarios, SO PENA DE INCUMPLIMIENTO.</td></tr>
<tr><td>16</td><td>ATENCIÓN INTRAMURAL

Así mismo, los usuarios no tendrán que realizar trámites administrativos; como gestión de voucher, recibos de caja, entre otros, con el fin de efectuar la admisión para la atención; siendo la orden de autorización emitida por la oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8-Unidad Prestadora de Salud Tipo B Magdalena, el único soporte que avala la certificación de autorización para la prestación en la red externa contratada.</td></tr>
<tr><td>17</td><td>CAPACIDAD OPERATIVA:

El contratista garantizo que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación.</td></tr>
<tr><td>18</td><td>RECURSO APOYO TECNOLÓGICO:

Para prestar el servicio de Imágenes diagnosticas Ionizantes el proponente deberá contar con los siguientes equipos de acuerdo a lo establecido en el estándar de dotación para este servicio, en la Resolución 3100 de 2019.
<table>
<tr><td colspan="2">IONIZANTES</td></tr>
<tr><td>Equipos requeridos</td><td>Potencia mínima requerida</td></tr>
<tr><td>Equipo de rayos X (Digital o convencional)</td><td>Generador de 50 KW</td></tr>
<tr><td>Fluoroscopio digital (Arco en C)</td><td>Generador de 80-100 KW</td></tr>
<tr><td>Mamógrafo</td><td>Generador de alta frecuencia</td></tr>
<tr><td>TC Multidetector</td><td>Mínimo 16 cortes (idealmente 64) para AngioTC</td></tr>
<tr><td>DXA DE CUERPO ENTERO CON MODULO VFA</td><td>Numero de detectores mayor o igual a 16 Fuente de rayos X de doble energía. Campo de exploración de al menos 195cm</td></tr>
<tr><td colspan="2">NO IONIZANTES</td></tr>
<tr><td>Equipos requeridos</td><td>Potencia mínima requerida</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	Ecógrafo de alta resolución	Que cuente con transductores de ≥ 7 MHz
	RM de alto campo	Mínimo 1.5 Tesla (T), idealmente de 3T para estudios avanzados
	Asimismo, presentar soporte de certificado de calibración de los equipos, cronograma y certificado de mantenimiento del año en curso y hojas de vida.	
19	**PROGRAMA DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS** El contratista certifica que se compromete a cumplir con el programa de ***GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS*** regulados mediante la presente normatividad: • ***Ley 1252 de 2008*** *"Por medio de la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos o desechos peligrosos".* • ***Resolución 591 del 2024*** *"Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades".* • ***Decreto 4147 DE 2005*** *"por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.* • **Decreto 1076 de 2015** *"Por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible"* • **Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019** *"Por la cual se modifica la resolución 668 de 12016 sobre el uso racional de las bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones".* • **Decreto 351 del 19 de febrero de 2014** *"Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.*	
20	**CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1011 DE 2006.** El contratista aportara certificación firmada por el representante legal donde certifican que cumplen con el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO PAMEC como **"el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud"** que reciben los usuarios.	
21	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** El contratista se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Magdalena, que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato **NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2), los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no son compromisos de la Unidad prestadora de Salud Magdalena y estos serán asumidos por el contratista.	
22	**LINEAMIENTOS DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS:** El contratista certificara que acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	
23	**CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:** **El contratista certifico**: Que dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. Que sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea	

	generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial. De igual forma se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial
24	El oferente deberá diligenciar el formulario de sistema de gestión de seguridad en el trabajo.
25	La Unidad Prestadora de Salud Magdalena por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas. Durante la visita se realizará registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité, la entidad deberá **certificar** que autoriza la realización de la visita y la realización del registro fotográfico, también informará la persona con la que se coordinará la visita a la entidad. Nombre: Cédula: Cargo:
26	Con el propósito de asegurar el cumplimiento de los criterios técnicos, económicos y legales del presente acuerdo de voluntades, el Supervisor realizara reuniones de seguimiento (cada tres meses o según la necesidad) con el Contratista. A dichas sesiones puede asistir el jefe de la Unidad Prestadora de Salud, el responsable de la Oficina de Atención al Usuario y los delegados de las áreas técnicas o económicas necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. Durante estas reuniones se abordarán, temas como: ➢ **Indicadores**: Verificación del cumplimiento de los indicadores pactados. ➢ **Operación**: Evaluación de los procesos de autorización, referencia y contrarreferencia, asegurando la eliminación de barreras de acceso según lo definido en el acuerdo de voluntades. ➢ **Criterios Técnicos**: Revisión de las condiciones definidas en el Anexo 2.1. ➢ **Análisis Financiero:** proceso de radicación de facturas, estado de glosas y flujo de pagos, conforme a los plazos establecidos y/o las normas concordantes. ➢ **Ejecución Contractual**: Balance del consumo presupuestal y otros aspectos necesarios para la correcta prestación de servicios y tecnologías en salud. ➢ **Documentos**: Si llegado el caso, dentro de la verificación que realiza el supervisor se requiere algún documento, el contratista debe suministrar la información o documentación. Si existen alguna reserva legal se debe comunicar mediante escrito. ➢ **Evaluación y Planes de Mejora**: Según la novedad establecer planes de mejora cuando los resultados del seguimiento lo ameriten. Dichos compromisos deberán quedar consignados expresamente en el acta de la reunión, la cual servirá de soporte para el seguimiento de su cumplimiento. **Nota 1: Se levantará un acta de los temas tratados con el soporte de asistencia, este documento el supervisor la publicará en el SECOP II – ejecución del contrato.** **Nota 2: El supervisor verificará la entrega por parte de la entidad de los indicadores según la periodicidad de medición establecida para cada uno (mensual, trimestral).** **NOTA3: el presente formulario es de carácter informativo deberá ser anexo a la minuta del contrato una vez sea adjudicado al presente proceso, El supervisor del contrato verificará su cumplimiento.**

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
EPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS	

Mayor **LINDA YOHANNA IBARRA ÁLVAREZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tipo B Magdalena

Teniente **HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO**
Estructurador Estudio Previo

CPS MERCY MARGARITA RADA MARTINEZ
Medico auditor de referencia y contra referencia UPRES DEMAG
Apoyo estructuración

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO	

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA PRECONTRACTUAL

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

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	Vigente desde el plazo de ejecución del contrato y 4 cuatro meses más para efectos de liquidación, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere.	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TÉRMINOS DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE LOS ESTUDIOS.	CONTRATISTA	Vigente por el termino de ejecución del contrato y un (1) año más, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere.	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 1 AÑO MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO PRESTADO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	Vigente por el termino de ejecución del contrato y tres (3) años más, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere.	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL Y EXTRA-CONTRACTUAL.	DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES 200 SMMLV (ART. 2.2.1.2.3.1.17 NUMERAL 2, DCTO 1082 DE 2015)	CONTRATISTA	Vigente por el término de ejecución del contrato, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO DIECISÉIS (16) DE DECRETO 4828 DE 241208.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
Multa	Riesgo Juridico	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato o en alguno de sus modificatorios la Póliza de Garantía Única	Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos (0.2%) del valor del contrato	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por diez (10) días	Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato o en alguno de sus modificatorios, a Póliza de Garantía Única
Multa	Riesgo Juridico	Incumplimiento Parcial	Multas cuyo valor se liquidará con base en un cero punto cinco (0.5%) del valor dejado de cumplir o entregar	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo hasta por un plazo de quince (15) días calendario que se descontará del saldo que le adeude la entidad. esta sanción se impondrá mediante acto administrativo motivado en el que se expresara las causas que dieron lugar a	Ampara la mora o incumplimiento parcial de alguna obligación derivada del contrato por causas imputables al contratista

					ella	
Clausula Penal Pecuniaria	Riesgo Jurídico	Incumplimiento total declaratoria de caducidad	Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato	Contratista	El veinte por ciento (20%) del valor total del contrato cuando se trata de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista, se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad

MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

No.	clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento						Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración del riesgo	Categoría	¿Hacer el seguimiento y control del contrato?	¿Designar responsable por implementar el tratamiento	¿Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	Específico	Externo	Selección	Ambientales	Incumplimiento normativo frente al manejo ambiental	Procesos judiciales y Sanciones por la autoridad competente	2	3	5	Riesgo bajo	Oferente	Contar con programa de gestión ambiental	2	3	5	Riesgo bajo	Si	contratista	Con la presentación de la propuesta	20 días después de recibidas el total de ofertas.	En la evaluación de las propuestas y mediante certificaciones por parte del proveedor	Mensual
2	Específico	Externo	Selección	De la naturaleza	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios en las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato	Incumplimientos y dilaciones en la ejecución del proceso	2	3	5	Riesgo bajo	Oferente	Establecer planes de contingencia frente a este tipo de situaciones	2	3	5	Riesgo bajo	Si	contratista	Con la presentación de la propuesta	20 días después de recibidas el total de ofertas.	En la evaluación de las propuestas y mediante certificaciones por parte del proveedor	Mensual

6	5	3
General	General	Especifico
Externo	Externo	Interno
Contratación	Contratación	Selección
regulatorio	Operacional	Financiero
Que el contratista no cumpla con alguno de los requisitos exigidos para contratar con entidades del estado.	Que el contratista no reúna la documentación exigida a tiempo para la firma del contrato oportunamente.	Que el contratista no cumpla con los indicadores económicos establecidos para la adjudicación del presente proceso contractual.
2. Demora en la prestación del servicio. 3. Afectación a la prestación del servicio.	Retraso en la legalización del contrato. * desgaste administrativo * Retraso en la ejecución del recurso presupuestal * generación de la demanda insatisfecha	1. No contar con el certificado de disponibilidad presupuestal para apalancar financieramente el proceso
1	3	3
3	3	4
7	6	5
Riesgo Medio	Riesgo Bajo	Bajo
Contratista	Contratista	Contratante
Determinar causas del siniestro, asignar responsabilidades. Informar a la compañía aseguradora. Hacer efectiva póliza de riesgos.	Realizar contacto lo más pronto posible solicitando al contratista que justifique la tardanza en la firma del contrato * Informar a la compañía aseguradora *Hacer efectiva la póliza de seriedad de la oferta	Incluir el requerimiento en el plan de necesidades y establecer su certificación como requisito para iniciar el estudio
4	1	2
3	2	3
7	3	5
Riesgo Medio	Riesgo bajo	Riesgo bajo
Si	Si	Si
Jurídica	*Jurídica	Dueño del proceso
Verificación Permanente después de legalizado contrato	De acuerdo al cronograma del proceso	Incluir la el requerimiento en el plan de necesidades
Durante la ejecución del contrato.	Dentro de los términos establecidos en el cronograma del proceso, la normatividad aplicable y respetando el debido proceso	A mediados de la vigencia fiscal
Verificando periódicamente la normativa asociada al proceso y sus cambios	Con notificaciones, de acuerdo a los plazos establecidos en el cronograma del proceso para legalización del contrato	Revisión en el plan de compras
Permanente, durante vigencia del contrato.	Permanente, mientras se logre el perfeccionamiento del contrato	Anual

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

POLICÍA NACIONAL

9	8	7
Especifico	General	General
Interno	Externo	Externo
Ejecución	Selección/Contratación	Contratación
Operacional	Tecnológicos	Sociales o Politicos
Que el contratista no cumpla, con alguno de los requisitos exigidos, para demostrar la idoneidad de los profesionales requeridos, para llevar acabo el objeto contractual.	Deficiencias operativas de las distintas plataformas tecnológicas requeridas para el desarrollo del presente proceso contractual	Que surjan cambios de parte del estado en lo que tiene que ver con la contratación pública afectando directamente el normal desarrollo del presente proceso contractual.
Afectacion directa a la prestacion del servicio.	Afectación al proceso y a los usuarios y funcionarios de la Unidad Prestadora de Salud Magdalena	4. Dificultades en la ejecución del contrato por alteraciones del orden publico
Demora en la prestación del servicio.	, por fallas en los procedimientos.	
3	2	2
5	2	3
8	4	5
Riesgo extremo	Riesgo bajo	Riesgo Medio Bajo
Contratista	Oferante/Contratista	Contratista
responsabilidades.	Establecer canales óptimos de comunicación	Colectar información sobre situaciones anómalas a nivel de la comunidad
Informar a la compañía aseguradora.	2	2
2	2	3
4	4	5
6	Riesgo Bajo	Riesgo bajo
Riesgo alto	Si	Si
Si	Contratista/contratante	Unidad Prestadora de Salud Magdalena.
Supervisor	Inmediatamente detectada la anomalía	De acuerdo al cronograma del proceso
Inmediatamente detectada la anomalía	Inmediatamente detectada la novedad	Antes, durante y en la ejecución del proceso
Inmediatamente detectada la novedad	Verificar información que se genere	Estando alertas y atendiendo l las informaciones de Inteligencia
Estando alertas y solicitando, revisando y validando a información requerida en el tiempo adecuado	1*	Mensualmente.
Durante toda la vigencia del contrato	Cada vez que se presente la documentación o información	

Teniente HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO
Estructurador Estudio Previo

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

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

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

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

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8**, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

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

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

9. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.
10. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos

11. En el caso de que el contratista no efectúa el cargue de las facturas en el aplicativo SECOP II durante la ejecución del contrato, corresponderá al supervisor realizar dicha actividad, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales

14. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

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

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

17. **EL CONTRATISTA NO PODRA CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO**, salvo que se trate de urgencia debidamente justificada de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de urgencia o urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos, en este caso la facturación se realizara conforme a las tarifas establecidas en el presente contrato.

18. Ejercer un estricto control en la ejecución del contrato con el fin de no excederse del valor contratado y de esta manera, evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo presupuestal y contractual. Si llegare a suceder, EL CONTRATANTE no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias.

19. El contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste, la no existencia de facturación pendiente por radicar en la RASES NO 8 y que se encuentra apto para la liquidación del contrato.

20. Asumir la cuenta de costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, entendido el evento adverso como lo define la Organización Mundial de la Salud, "daño no intencional causado al paciente como resultado de la atención médica, y no por la enfermedad de base". evaluación de causalidad, evitabilidad e imputabilidad al prestador Posterior a lo determinado en la evaluación de causalidad, evitabilidad e imputabilidad al prestador.

OBLIGACIONES ESPECIALES

- Contar con instalaciones adecuadas para la prestación del servicio de acuerdo al decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la Resoluciones 1043 de 2006 y 1441 de 2013, (listado de condiciones mínimas de habilitación para la prestación de servicios de salud).
- Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y protección social, y las normas generales vigentes.
- Brindar la atención a los pacientes, con la mejor calidad de atención posible mediante la aplicación de conocimientos profesionales, selección del cuerpo médico asociado y experiencia con la tecnología disponible.
- El CONTRATISTA, debe prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la autorización por parte de la oficina de referencia y contra referencia, en la noche, fin de semana y festivos. La autorización debe contener la información del paciente, fotocopia del documento de identidad de quien reciba la atención.

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

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

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

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

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

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

- Designar una persona encargada de la Coordinación y una línea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones; en general para la atención de los usuarios y beneficiarios que requieran el servicio y para mantener contacto con la central de referencia de la Unidad Prestadora De Salud del Departamento de Policía Magdalena.
- Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Regional De Aseguramiento En Salud No. 8 en su Unidad Prestadora De Salud Magdalena.

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

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

- El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por **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.

FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN

El oferente deberá diligenciar y presentar el presente formato con la oferta, debidamente firmado por el representante legal, donde ofrecerá las **CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN**, las cuales serán verificadas por el comité técnico otorgando el puntaje según corresponda.

REGLAS: LOS SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS POR LOS OFERENTES, DEBEN SER SIN COSTO ADICIONAL PARA LA ENTIDAD CONTRATANTE.

1. El oferente deberá diligenciar el presente formato, colocando una X en la casilla que se encuentra frente a cada una de la condición técnica o servicio adicional que desee ofrecer.
2. El presente formato (con la información requerida en este anexo) debe ser allegado con la oferta y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del SECOP II.
3. El contenido del presente formato no puede ser modificado, so pena de no ser tenido en cuenta para otorgar puntaje.
4. La omisión de la información requerida en este anexo, **NO SERÁ SUBSANABLE POR SER FACTOR DE PONDERACIÓN**, en todo caso, la no presentación de la información requerida no restringe la participación del proponente, ni es causal de rechazo de la propuesta.

- **Condiciones técnicas adicionales de calificación (395 Puntos)**

4. LA OPORTUNIDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS CONTRATADOS (200 Puntos)

Nota: El oferente marcará con una X solamente una de las opciones que desee ofertar.

LA OPORTUNIDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS CONTRATADOS	CRITERIO	PUNTAJE	MARCAR
Oportunidad en acceso a los servicios, una vez la entidad contratada recepcione la autorización por parte del paciente.	Entre 1 a 3 días hábiles	**200 puntos**	
	Entre 4 a 5 días hábiles	**100 puntos**	
	Más de 6 días hábiles	**50 puntos**	

5. ENTREGA DE RESULTADOS PARA LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS (95 puntos)

Nota: El oferente marcará con una X solamente una de las opciones que desee ofertar.

ENTREGA DE RESULTADOS PARA LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS	PUNTAJE	MARCAR
De 1 hasta 5 días	**95 puntos**	
De 6 hasta 8 días	**50 puntos**	
De 9 en adelante	**0 puntos**	

Nota: El oferente marcará con una X solamente una de las opciones que desee ofertar.

6. FACTOR DIGITALIZACIÓN DE RESULTADOS (100 PUNTOS)

Nota: El oferente marcará con una X solamente una de las opciones que desee ofertar.

FACTOR DIGITALIZACIÓN DE RESULTADOS	PUNTAJE	MARQUE CON UNA X SEGÚN SU OFERTA
Cuenta con plataforma digital con acceso en línea (usuario y contraseña) para consultar resultados e imágenes o vía WhatsApp	100 puntos	
Entrega resultados digitales (PDF o CD), pero sin plataforma en línea	50 puntos	

D. PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL (100 PUNTOS):

OFRECE	
SI	NO

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

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

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

g) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios 100% nacionales, obtendrán (100) puntos.
h) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios nacionales superiores al 50% de los recursos y menor al 100% de estos, obtendrán (80) puntos.
i) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios de origen nacional, inferior al 50% de los recursos, obtendrá (70) puntos.
j) Las ofertas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios 100% nacionales obtendrán (50) puntos.
k) Las propuestas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios nacionales, superiores al 50% de los recursos y menor al 100% de estos obtendrán (20) puntos.
l) Las propuestas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios nacionales de origen nacional inferior al 50% de los recursos, obtendrán (10) puntos.

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

El artículo 51 del Decreto 019 de 2012 que modifica el parágrafo del artículo 1 de la Ley 816 de 2003, establece que se otorgará tratamiento de bienes y servicios nacionales a aquellos bienes y servicios originarios de los países con los que Colombia ha negociado trato nacional en materia de compras estatales y de aquellos países en los cuales a las ofertas de bienes y servicios colombianos se les

concederá el mismo tratamiento otorgado a sus bienes y servicios nacionales. La acreditación demostración de tal circunstancia se hará en los términos que señale el reglamento.

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

E. PUNTAJE EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES (2.5 PUNTOS)

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

OFRECE	
SI	**NO**

De indicar que SI, el ofrece deberá allegar con la oferta la documentación que acredite esta condición técnica.

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

ITEM Descripción Puntaje

Participación de mujeres en el sistema de compras públicas 2.5

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

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

2. Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel.

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

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

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

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

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

Parágrafo. Respecto a los incentivos contractuales para los emprendimientos y empresas de mujeres, las certificaciones de trata el presente artículo deben expedirse bajo la gravedad de juramento con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección.

Para que el Proponente obtenga este puntaje deberá diligenciar el Formulario FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN el cual será publicado en la sección documentos del proceso en la plataforma SECOP II, donde manifieste bajo la gravedad de juramento que el personal ofrecido y su compromiso de vincular a dichas personas en caso de resultar adjudicatario del proceso y aportar la documentación requerida.

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

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

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

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

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

OFRECE	
SI	NO

De indicar que SI, el ofrece deberá allegar con la oferta la documentación que acredite esta condición técnica.

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

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

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

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

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 notificacione

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8..**

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

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

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

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

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

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

Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 1 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del 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.
Referencia: Indicación de trato nacional Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8...**

En observancia a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.4.1.3 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad con el Artículo 20 de Ley 80 de 1993 y para efectos del Parágrafo del Artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el Artículo 51 del Decreto 019 de 2012; para otorgar puntaje como productor 100% nacional se deberá diligenciar por parte del Oferente el siguiente Anexo, discriminando la información dependiendo si es un Tratado o Acuerdo Internacional o si aplica el Principio de Reciprocidad, así;

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

En caso de haberse suscrito y se encuentre vigente Acuerdo o Tratado Internacional alguno aplicable al presente proceso de contratación, indicar los siguientes datos:

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: Diligenciar identificación del acuerdo.
Objeto del Tratado: Diligenciar el objeto del tratado
Ubicación en el SECOP (Link): Diligenciar link de consulta
RECIPROCIDAD

En ausencia de Acuerdo o Tratado Internacional, pero si existe trato nacional en virtud del Principio de Reciprocidad, indicar los siguientes datos:

Fecha de la expedición de la certificación: seleccionar fecha de expedición.
Estado sobre el que se certifica: Diligenciar estado.
Ubicación en el SECOP (LINK): Diligenciar link de consulta

Nota: estos datos serán verificados por la UNIDAD EJECUTORA por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *"Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación"* Versión M-MACPC-12 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

_____
Firma del 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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

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

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

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

Nota: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

_____
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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS PARA ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA PROPONENTE EXTRANJERO SIN SUCURSAL O DOMICILIO EN COLOMBIA	

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia, del proceso de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8...**

Contratos relacionados con la actividad de estudios en Moneda del País de Origen (A)	Contratos relacionados con la actividad estudios y diseños convertidos a Moneda Legal Colombiana (B)	Participación porcentual del proponente en el contratista plural (C)	Valor en Pesos Colombianos de los contratos ejecutados (valor del contrato ponderado por la participación) (D) (B * C) = D
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Total		Contrato	contrato

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

_____

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

NOTA: los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO CLASIFICACIÓN PROPONENTE EXTRANJERO.	

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Clasificación del proponente extranjero de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8...**

El suscrito declaro bajo gravedad de juramento acorde a la actividad comercial desarrollada, o al objeto social de la empresa que represento, que me encuentro facultado para ejercer las actividades comerciales propias a cada actividad, especialidad y grupo descrito en el pliego de condiciones "Clasificación en el Registro Único de Proponentes", así

SEGMENTO	FAMILIAS	CLASES
Segmento	Familia	Clases

Autorizo a la Unidad Ejecutora de la Policía Nacional para verificar la información suministrada.

Atentamente,

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.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 Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.

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

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

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 Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8...**

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

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2°, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

> *"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".*

PERSONA JURÍDICA

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato.

PERSONA NATURAL

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.

Nota: seleccionar, según corresponda.

De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con 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.

- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

- Cumplir con 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.

- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.

- 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.

- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.

- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.

- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;
TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO 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 UNIDAD EJECUTORA, 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 UNIDAD EJECUTORA 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.

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.

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO CUADRO CAPACIDAD FINANCIERA	

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8...**

La solicitud de las vigencias a tener en cuenta, se realizará de acuerdo a las normas vigentes, debiéndose realizar los ajustes acordes a la misma, por el estructurador del estudio previo, cuando se generen cambios

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	GASTOS DE INTERESES	PATRIMONIO
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00

Para el diligenciamiento del siguiente cuadro, en el caso de proponentes extranjeros, deberán realizar la conversión de la moneda según corresponda al país, a dólares y posteriormente a pesos colombianos.

Proponente	Liquidez	Nivel de endeudamiento	Capital de trabajo	Razón de cobertura de intereses	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO CUADRO CAPACIDAD FINANCIERA	

Nombre del proponente	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total
RESULTADO	%	%	%	%	%	%

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA	

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Certificado de capacidad técnica del proceso de Selección Abreviada, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

Oferente:

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

_____

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

Nota: Los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO PERSONAL, EXPERIENCIA Y TIEMPOS DE DEDICACIÓN MÍNIMOS	

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Experiencia del Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

Cargo para desempeñar: Diligenciar el cargo a desempeñar

Nombre del profesional: Diligenciar el nombre completo del profesional

Nombre del proponente: Diligenciar el nombre completo del proponente

CERT. N°	ENTIDAD CONTRATANTE	CONTRATO N°	VALOR EJECUTADO	VALOR EN SMMLV	PERIODO LABORAL			% PARTIC.	TIEMPO	FUNCIONES REALIZADAS
					Inicio	Término	Duración			
1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL										

Nota: La Policía Nacional se reserva el derecho de verificar la validez de la información relacionada

Nombre del profesional: Diligenciar el nombre completo del profesional
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del profesional

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Nota: este formato se debe diligenciar por cada uno de los cargos solicitados en el proceso de contratación, adicional adjuntar las certificaciones de experiencia relacionadas en este.

PRECIO TECHO

ITEMS	CÓDIGO	IMAGENOLOGÍA CON OTRAS TÉCNICAS NO RADIOLÓGICAS	PRECIO TECHO
IMÁGENES NO IONIZANTES			
1	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$ 79.947
2	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 120.000
3	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 120.000
4	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 76.683
5	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 77.180
6	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 66.630
7	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 167.024
8	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 73.598
9	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 81.006
10	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$ 97.343
11	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 73.637
12	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 134.681
13	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 107.399
14	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 67.560
15	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$ 97.922
16	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 84.598
17	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 88.150
18	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 171.800
19	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	$ 47.974
20	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 62.474
21	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 48.660
22	881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 114.400
23	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)	$ 204.472
24	881411	ECOGRAFÍA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 289.971
25	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$ 450.000
26	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 48.181
27	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 67.030
28	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 69.423
29	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 153.935
30	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 180.827
31	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 239.218
32	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	$ 350.000
33	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL	$ 638.250
34	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 84.494
35	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 124.999
36	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 57.242
37	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 103.324
38	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 35.960
39	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 74.708
40	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 74.708
41	881603	ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN NERVIOS DE EXTREMIDADES	$ 284.972
42	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 77.033
43	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 102.066
44	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 98.885
45	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 99.702
46	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 77.033

47	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 101.562
48	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 108.617
49	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 82.208
50	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$ 99.259
51	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 77.222
52	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN	$ 103.990
53	881704	ECOGRAFÍA FUNCIONAL (DOPPLER DE BAJO FLUJO)	$ 209.979
54	881705	ECOGRAFÍA DE PIEL O ANEXOS	$ 255.974
55	881706	ECOGRAFÍA DE COLUMNA PREOSIFICACIÓN	$ 349.965
56	882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 240.323
57	882105	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS	$ 350.000
58	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$ 158.423
59	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 241.521
60	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 231.597
61	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 149.718
62	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 182.629
63	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 243.354
64	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 149.718
65	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$ 149.718
66	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 182.629
67	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 149.718
68	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 113.089
69	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 144.089
70	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 212.520
71	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 113.089
72	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 113.089
73	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 97.792
74	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 122.806
75	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 122.806
76	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 122.806
77	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 122.806
78	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 122.806
79	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 122.806
80	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS	$ 122.806
81	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO	$ 122.806
82	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$ 122.806
83	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 122.806
84	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 1.083.389
85	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 1.077.869
86	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 1.083.389
87	883104	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL	$ 760.424
88	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 626.384
89	883106	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA	$ 1.200.000
90	883107	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	$ 1.200.000
91	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 1.200.000
92	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 1.124.645
93	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 1.200.000
94	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 1.145.414
95	883112	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HIPOCAMPO CON ANÁLISIS VOLUMÉTRICO	$ 1.200.000
96	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 687.682
97	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 802.322
98	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 687.682
99	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$ 802.322

100	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 687.682
101	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 802.322
102	883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$ 675.278
103	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE	$ 802.322
104	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 675.278
105	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$ 802.322
106	883236	RASTREO DE COLUMNA TOTAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 1.200.000
107	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 687.682
108	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	$ 2.989.701
109	883322	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$ 2.648.378
110	883324	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL	$ 2.648.378
111	883325	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON ESTRÉS (FÍSICO O FARMACOLÓGICO)	$ 3.000.000
112	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 699.429
113	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$ 708.074
114	883390	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	$ 766.923
115	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 746.354
116	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 674.085
117	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 649.832
118	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$ 780.000
119	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$ 1.200.000
120	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 548.999
121	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 748.772
122	883442	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA	$ 951.597
123	883443	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA	$ 780.000
124	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 918.446
125	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 626.818
126	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 898.680
127	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 626.818
128	883545	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	$ 587.400
129	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 969.693
130	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 538.601
131	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 582.857
132	883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 701.163
133	883903	RESONANCIA MAGNÉTICA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 484.223
134	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$ 600.000
135	883905	ESPECTROSCOPIA	$ 1.200.000
136	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$ 1.200.000
137	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 650.000
138	883910	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESTUDIO DINÁMICO (CINE RESONANCIA)	$ 1.200.000
139	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 637.528
140	883912	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 1.062.691
141	883913	DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 1.200.000
142	61002	BIOPSIA GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 430.400
143	61302	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 761.517
144	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMON VIA PERCUTANEA	$ 350.000
145	382102	BIOPSIA VASO SANGUINEO PROFUNDO	$ 1.703.197
146	401101	BIOPSIA GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	$ 388.649
147	401102	BIOPSIA GANGLIO LINFATICO PROFUNDO GUIADA X ECO	$ 388.649
148	501002	BIOPSIA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO BAJO ECOGRAFIA	$ 1.720.318
149	542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINALES VIA PERCUTANEO	$ 1.638.926
150	552603	BIOPSIA DE RIÑON VIA PERCUTANEA GUIA TOMOGRAFICA	$ 388.649

151	601101	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 1.002.151
152	702300	BIOPSIA DE FONDO DE SACO GUIADA POR ECOGRAFIA	$ 1.858.904
153	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	$ 892.162
154	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO	$ 892.162
155	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA PERCUTANEA	$ 892.162
156	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULO,TENDON,FASCIA Y BURSA	$ 1.093.034
157	851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA GUIADA X US	$ 378.764
158	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT) GUIADA POR ECOGRAFIA	$ 566.678
159	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 497.300
160	601103	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR SATURACION ABORDAJE TRANSRECTA	$ 1.374.863
161	878905	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA	$ 130.000
162	851301	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON	$ 293.450
		IMÁGENES IONIZANTES	
163	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 30.000
164	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$ 45.996
165	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 30.000
166	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 30.000
167	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 40.000
168	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 40.000
169	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 40.000
170	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 30.000
171	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 30.000
172	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 30.000
173	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 30.000
174	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 30.000
175	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 30.000
176	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 30.000
177	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 30.000
178	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 45.203
179	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 57.809
180	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 40.000
181	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 40.000
182	870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 35.715
183	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 40.000
184	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 40.000
185	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 40.000
186	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 40.000
187	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 50.000
188	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 40.000
189	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 90.000
190	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 167.973
191	871062	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 158.565
192	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 36.875
193	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 30.000
194	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 30.000
195	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 30.000
196	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 40.000
197	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 30.000
198	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	$ 25.000
199	871208	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO	$ 57.697
200	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 37.342
201	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 40.000
202	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 76.344
203	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 90.984
204	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 94.227

205	872103	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CON MARCADORES	$ 144.689
206	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 108.394
207	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 86.295
208	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 118.411
209	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 82.200
210	872510	COLECISTOGRAFÍA ORAL	$ 57.386
211	872520	COLANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA	$ 79.938
212	873001	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA	$ 120.000
213	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$ 96.599
214	873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	$ 120.000
215	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 30.000
216	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 30.000
217	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 30.000
218	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 30.000
219	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 30.000
220	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 34.177
221	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 35.891
222	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 30.000
223	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 30.000
224	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 30.000
225	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 30.000
226	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	$ 43.288
227	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 40.000
228	873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS	$ 27.679
229	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 173.393
230	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 105.338
231	873308	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$ 191.467
232	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 39.013
233	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 44.456
234	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 44.456
235	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 32.534
236	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 30.368
237	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 34.306
238	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 40.000
239	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 39.967
240	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 30.000
241	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 40.000
242	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 25.000
243	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 45.000
244	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 31.486
245	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 21.895
246	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 18.961
247	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 42.231
248	874201	CISTERNOGRAFÍA	$ 1.579.842
249	874510	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 42.231
250	874601	DACRIOCISTOGRAFÍA UNILATERAL	$ 42.231
251	874602	DACRIOCISTOGRAFÍA BILATERAL	$ 42.231
252	874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	$ 619.938

253	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$ 42.231
254	874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$ 42.231
255	874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	$ 452.895
256	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$ 42.231
257	875411	DISCOGRAFÍA CERVICAL (UN DISCO)	$ 418.299
258	875412	DISCOGRAFÍA CERVICAL (DOS O MÁS DISCOS)	$ 500.000
259	875421	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (UN DISCO)	$ 418.299
260	875422	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (DOS O MÁS DISCOS)	$ 650.000
261	875431	DISCOGRAFÍA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	$ 418.299
262	875432	DISCOGRAFÍA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MÁS DISCOS)	$ 650.000
263	875441	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (UN DISCO)	$ 418.299
264	875442	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (DOS O MÁS DISCOS)	$ 650.000
265	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 700.000
266	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 684.604
267	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 285.563
268	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 243.199
269	875531	MIELOGRAFÍA DINÁMICA LUMBAR	$ 919.908
270	875601	ARTROGRAFÍA CERVICAL	$ 549.884
271	875603	ARTROGRAFÍA LUMBAR	$ 549.884
272	876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	$ 794.921
273	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 123.635
274	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 149.909
275	876803	TOMOSÍNTESIS	$ 202.980
276	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$ 125.109
277	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$ 125.109
278	877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$ 110.870
279	877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$ 203.580
280	877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$ 203.580
281	877501	PERITONEOGRAFÍA	$ 987.401
282	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	$ 282.783
283	877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 492.951
284	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 79.446
285	877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 205.839
286	877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	$ 63.400
287	877815	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA	$ 286.124
288	877816	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 254.119
289	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	$ 111.060
290	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 111.060
291	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$ 111.060
292	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 111.060
293	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 111.060
294	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 111.060
295	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	$ 238.982
296	878711	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO	$ 179.861
297	878721	ARTROGRAFÍA DE CODO	$ 179.861
298	878731	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	$ 179.861
299	878811	ARTROGRAFÍA DE CADERA	$ 179.861
300	878812	ARTROGRAFÍA DE RODILLA	$ 179.861
301	878831	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO	$ 179.861
302	878906	FISTULOGRAFÍA EN SITIO NO ESPECIFICADO	$ 794.921
303	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 140.701
304	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 154.338
305	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 176.702
306	879114	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	$ 400.000
307	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 154.446
308	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 120.049
309	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 154.446
310	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 154.446

311	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 154.446
312	879141	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)	$ 304.470
313	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 154.345
314	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 130.880
315	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 130.880
316	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 94.147
317	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$ 145.270
318	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 146.422
319	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	$ 640.000
320	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 191.150
321	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 165.879
322	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 400.000
323	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 192.643
324	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 134.590
325	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] CON COTRASTE	$ 450.000
326	879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	$ 450.000
327	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 215.093
328	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 193.591
329	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 142.982
330	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 148.979
331	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 871.700
332	879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$ 1.889.811
333	879903	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON PERFUSIÓN	$ 761.599
334	879905	TOMOGRAFÍA COMPUTADA ÓSEA DE CUERPO ENTERO	$ 3.499.650
335	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 339.406
336	879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 451.428
337	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 183.104
338	886011	OSTEODENSITOMETRÍA POR TC	$ 154.345
339	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	$ 166.189
340	886013	OSTEODENSITOMETRÍA Y COMPOSICIÓN CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)	$ 410.900
341	886014	MORFOMETRÍA VERTEBRAL	$ 279.121
342	886101	ELASTOGRAFÍA	$ 189.800
343	887002	CINEANGIOGRAFÍA	$ 500.000
344	887201	DEFECOGRAFÍA	$ 500.000
		MEDIOS DE CONTRASTE	
345		ULTRAVIST300 X 50ML	$ 350.000
346		BARIO E-Z-PQ ,(SULFATO DE BARIO)	$ 215.707
347		ENEMA BARITADO	$ 260.000
348		GADOVIST 1MMOL/ML, (ÁCIDO GADOTÉRICO)	$ 505.000
349		Gadovist 1Mmol/Ml	$ 629.937
350		AC POLIBAR ACB , (SULFATO DE BARIO EN POLVO)	$ 260.000
351		PRIMOVIST	$ 900.000
352		CAVERJECT	$ 169.983
353		GASTROGRAFINA(GASTROVIEW)	$ 629.937
354		AGENTE ESCLEROSANTE	$ 349.965
355	998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO (CUPS 998702)	$ 228.914

NOTA: En el precio techo está incluido los insumos y medicamentos necesarios para la realización del estudio.

OFERTA ECONÓMICA

El oferente deberá diligenciar y presentar con la oferta **ESTE FORMATO**, 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.

A. PRIMER ÍTEM DE LA OFERTA ECONÓMICA:

El oferente debe diligenciar **UN ÚNICO PORCENTAJE DE DESCUENTO** el cual será aplicable para todos los ítems del anexo correspondientes a los servicios médicos del **ANEXO PRECIO TECHO.**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO.
IMÁGENES IONIZANTES-IMÁGENES NO IONIZANTES	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.	_____%

NOTAS INFORMATIVAS:

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

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

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

El proponente: _____

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

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

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

Expedida el día _____

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
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA	

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Soledad, _____ de _____ 2026

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de selección abreviada cuyo objeto es **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8..**

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad _____ de conformidad con lo establecido en el (la)_____ me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación publica que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en los Pliegos de Condiciones y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida al mismo, teniendo en cuenta su descripción y especificaciones técnicas.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los Pliegos de Condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las Adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los Pliegos de Condiciones y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del

proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

6. Que nos comprometemos a proveer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los Pliegos de Condiciones para la Selección Abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los bienes y/o servicios ofertados, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los Pliegos de Condiciones, sus Anexos, sus Formularios y Adendas que llegaren a suscribirse.
8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del 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.
9. 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.
10. Reconocemos que ni la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o 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.
11. 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.
12. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del proceso que se nos ofrece, de la invitación pública y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del proceso, salvo aquellas modificaciones que determine incluir REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 DE LA POLICÍA NACIONAL, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. , las que de antemano aceptamos.
13. 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 o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

14. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
15. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
16. 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.
17. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección: _____; Teléfono (os): _____ Fax: _____.
18. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
19. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
20. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (04) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

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 teléfonos de contacto del proveedor

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

Ciudad

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio 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, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera 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, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
5. Que verificare la identidad de los clientes y las transacciones entre ellos para evaluar y mitigar los riesgos asociados
6. Que implementaré políticas y procesos establecidos por entidades como la Superintendencia Financiera de Colombia para gestionar y mitigar estos riesgos.
7. Me comprometo a informar de manera inmediata a la entidad contratante cualquier situación que pueda constituir indicio o sospecha de operaciones inusuales o actividades que puedan considerarse de riesgo en materia de LA/FT/FPADM, así como cualquier cambio relevante en la estructura societaria o en los beneficiarios finales.

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

El proponente:

_____

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
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	

Soledad, _____ de_____ de 2026

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8..**

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
CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD	

Soledad, _____ de_____ de 2026

Señores.
DIRECCION DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

Referencia: certificado de inhabilidad e incompatibilidad del proceso de Selección abreviada , cuyo objeto es **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8..**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud N° 8) En especial, que no aparezco reportado en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV

El proponente:

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

FORMATO DE RECURSO HUMANO

Ciudad (donde presta el servicio) y fecha:	
Unidad donde labora el profesional empleado:	
Nombres y Apellidos:	
Cédula 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)	

_____

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

FORMATO DE VISITA TECNICA

La Unidad Prestadora de Salud Magdalena 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.

Infraestructura

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

Equipos

IONIZANTES	
Equipos requeridos	**Potencia mínima requerida**
Equipo de rayos X (Digital o convencional)	Generador de 50 KW
Fluoroscopio digital (Arco en C)	Generador de 80-100 KW
Mamógrafo	Generador de alta frecuencia
TC Multidetector o PET-TC	Mínimo 16 cortes (idealmente 64) para AngioTC
DXA de cuerpo entero con modulo VFA	Número de detectores mayor o igual a 16 fuente de rayos X de doble energía, campo de exploración de al menos 195 cm
NO IONIZANTES	
Ecógrafo de alta resolución	Que cuente con transductores de ≥ 7 MHz
RM de alto campo	Mínimo 1.5 Tesla (T), idealmente de 30 T para estudios avanzados

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

Criterio técnico (Res. 3100/2019)	Evidencia / Observación	Cumple (SI/No)	
		SI	NO
Equipo de imagenología con registro sanitario INVIMA vigente.			
Certificados de mantenimiento preventivo y correctivo.			
Certificación de calibración o verificación metrológica vigente.			

Manual de operación y hoja de seguridad técnica disponible.			
Fuente de energía estabilizada, con sistema de respaldo (UPS o planta).			
Registro de control de temperatura y humedad (si aplica).			
Verificación de inyector de medio de contraste (si aplica).			
Carro de paro (siempre que se utilice inyector de medio de contraste)			
Hoja de vida del equipo (Con vida útil y fecha de adquisición)			

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

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

Técnico

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

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

Expedida el día: _____

Atentamente,

Firma , nombre completo y cargo (Diligenciar el nombre completo del funcionario que realiza la visita)

Firma , nombre completo y cargo del funcionario que atiente 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

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Ref. proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA MC _____ - 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD,IMÁGENES IONIZANTES (RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS, MAMOGRAFÍAS Y DEMÁS ESTUDIOS CON RADIACIÓN) E IMÁGENES NO IONIZANTES (ECOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y AFINES), LA REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS, Y SERVICIOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS EIPS, EN CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS Y FALLOS JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B MAGDALENA Y LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, 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 PGIRASA 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

- 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

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	FORMULA OPERACIÓN	RESULTADO / META ((SEMÁFORO))
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.	90% 89% - 80% 79% -70% 70%

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

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.	
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	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE	NOMBRE DEL	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO/META

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

INDICADOR	INDICADOR	(SEMAFORO)	
Calidad / Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas asignadas	≤10 10 >10 ≥16

Indicador Nro. 2 1. Tiempo: promedio de espera para la asignación de cita	
2. Descripción: Mide el número de días que transcurren, en promedio, desde el momento en que un usuario solicita una cita 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	
4. Fórmula	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador de oportunidad en asignación de citas 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** (Ejemplo si la meta son 10 días, se aceptará un margen de tolerancia hasta de 15 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	≤10 10 >10 >15
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 (SEMAFORO)
Calidad / Seguridad del paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento **Denominador**: Total de personas atendidas en el servicio	0 0 1 1

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento	
2. Descripción: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento **Denominador**: Total de personas atendidas en el servicio
5. Periodicidad de medición	Mensual
6.Progresividad de la medición Dada la naturaleza del servicio, 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:** 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	0 0 1 >1
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 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período	>90% 89% - 80% 79% -70% <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

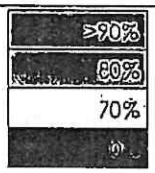
4. Fórmula	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición **Mes 1-2:** Se utilizará para estandarizar los requisitos de la factura (soportes, RIPS). Durante este 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	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/2024 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	≥90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA 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% 60%

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% <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	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	≥90% 80% 70% <[illegible]

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. 1886/2024 Res. 2284 de 2023,
10. Meta, umbral o rango esperado	
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: demag.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.

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