



FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.
7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.
8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le compete en relación con el contrato.
9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.
10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.
11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.
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

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

FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el PN RASES N°5 Menor cuantía ____ 2026 cuyo objeto es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____ y actuando en nombre de la persona natural/jurídica:

_____, CC/NIT: _____ acepto el cumplimiento de las condiciones del SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO y me comprometo atender todas las directrices o disposiciones normativas que existan en la materia:

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, 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 o III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificados con riesgo I, II o III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificados con riesgo I, II, III, IV o V y de cincuenta (50) o menos trabajadores con riesgo IV o 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

FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del para el proceso PN RASES N°5 Menor cuantía 2026 cuyo objeto es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____ y actuando en nombre de la persona natural o jurídica: _____, CC/NIT: _____ se presenta bajo la modalidad de único proponente; ____ ; Unión Temporal o Consorcio____, acepto el presente compromiso anticorrupción:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos: Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta. El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre; El proponente



FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

se comprometo 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, 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, son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones precontractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferro, 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 las que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

FLORIDABLANCA, DIA__ MES_____ AÑO_____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

La entidad Se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso No PN RASES N°5 Menor cuantía 2026, durante la vigencia de la aceptación de oferta si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, PROCEDIMIENTOS Y/O ATENCIONES QUIRÚRGICAS BRAQUITERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

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



FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

El suscrito Representante Legal de la _____ certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
3. La Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud".
4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
5. Decreto 441 de 2022
5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADEMICO



POLICÍA NACIONAL

NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADEMICO

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Yo _____, Representante de la entidad
EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR

CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia en el ejercicio profesional de mínimo **UN (1) AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. Para la experiencia se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020

De igual forma, se deberá presentar fotocopia del diploma de grado y del acta de grado expedidos por la institución académica competente, que certifiquen la especialidad, así como la presentación y actualización de los certificados de estudios de la subespecialidad solicitada, tarjeta profesional, idoneidad y experiencia relacionada con la prestación del servicio. Para tal efecto, el oferente deberá anexar a la propuesta la hoja de vida de cada profesional, conforme a las exigencias establecidas.

La documentación presentada por los oferentes será verificada por el comité técnico evaluador tanto en plataforma secop II así como en la visita técnica que se realizará por mencionado comité evaluador, con el objetivo de lograr verificar las calidades y/o capacidades ofertadas. Dicha verificación quedará debidamente documentada mediante acta, con el fin de constatar la veracidad de la información aportada en la oferta.

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



POLICÍA NACIONAL

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

FLORIDABLANCA, DIA__ MES__ AÑO__

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

El suscrito _____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes de acuerdo a sus fichas técnicas los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS NOMBRE	CLASE Y MARCA DE EQUIPO	FECHA MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2025 – 2026	FECHA MANTENIMIENTO CORRECTIVO 2025 – 2026	FECHA CALIBRACIÓN 2026 (si aplica o no aplica)

El proponente:

Firma del representante legal del proponente _____

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN TÉCNICA	

FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN

FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Las ofertas presentadas válidamente dentro del presente proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía serán evaluadas por el comité designado por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 de la Policía Nacional, aplicando los mismos criterios de evaluación para todos los oferentes, con el fin de garantizar la selección objetiva de la oferta más favorable para la Entidad, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, la Ley 2069 de 2020, el Decreto 1082 de 2015 y demás normas que regulan la contratación estatal.

Las condiciones técnicas adicionales de calificación tienen como finalidad seleccionar la propuesta que, además de cumplir los requisitos habilitantes, ofrezca las mejores condiciones de capacidad instalada, oportunidad, calidad, integralidad y continuidad en la prestación de servicios de salud especializados en oncología y hematología, garantizando el acceso oportuno a actividades de diagnóstico, tratamiento, seguimiento clínico, procedimientos especializados, terapias oncológicas y hematológicas, así como a los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico requeridos para la atención integral de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Lo anterior, con el propósito de asegurar una atención segura, eficiente y de calidad, contribuyendo al cumplimiento de los principios de eficiencia, economía, integralidad, continuidad y acceso efectivo a los servicios de salud

FACTORES DE PONDERACION LOTE I	PUNTAJE
INSUMOS OPCIONALES	200
MEDICAMENTOS OPCIONALES	200
OPORTUNIDAD CONSULTA	100
ENTREGA RESULTADOS	100
TOTAL	600

FACTORES DE PUNTAJES POR INCENTIVOS	PUNTAJE
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	60
EMPRESA NACIONAL CON RECURSO HUMANO MIXTO NACIONAL Y EXTRANJERO	
EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES	1,5
MPYME DOMICILIADA EN COLOMBIA	1,5
TOTAL	63

LOTE I

1. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR TÉCNICO			PUNTAJE
INSUMOS OPCIONALES			200 PUNTOS
INSUMOS OPCIONALES	PARA LA ASIGNACION DE ESTE PUNTAJE SE APLICARÁ LA SIGUIENTE FORMULA: CANTIDAD DE INSUMOS OFERTADOS / EN TOTALIDAD DE INSUMOS OPCIONALES X 200		200
MEDICAMENOS OPCIONALES			200 PUNTOS
MEDICAMENTOS OPCIONALES	PARA LA ASIGNACION DE ESTE PUNTAJE SE APLICARÁ LA SIGUIENTE FORMULA: CANTIDAD DE MEDICAMENTOS OFERTADOS / EN TOTALIDAD DE MEDICAMENTOS OPCIONALES X 200		200
OPORTUNIDAD CONSULTA			100 PUNTOS
OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA AMBULATORIA	SERVICIOS AMBULATORIOS	MENOR O IGUAL A 5 DIAS	100
		ENTRE 6 - 10 DIAS	60
		ENTRE 11 y 15 DIAS	40
OPORTUNIDAD EN REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS			100 PUNTOS
ENTREGA RESULTADOS	ENTRE 1 - 2 DIAS		100
	ENTRE 3 - 5 DIAS		60
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL			60 PUNTOS
DE ORIGEN NACIONAL CON RECURSO HUMANO 100% NACIONAL			60
NACIONAL CON RECURSO HUMANO MIXTO NACIONAL Y EXTRANJERO			20
EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES			1.5
PROPONENTE ES EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES			1.5
CRITERIOS DIFERENCIALES PARA MIPYME EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS			1.5
PROPONENTE MIPYME			1.5
SUBTOTAL CRITERIO TÉCNICO			663

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN TÉCNICA	

LOTE II

FACTORES DE PONDERACION LOTE II RADIOTERAPIA	PUNTAJE
OPORTUNIDAD CONSULTA	250
OPORTUNIDAD EN REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS	250
TOTAL	500

FACTORES DE PUNTAJES POR INCENTIVOS	PUNTAJE
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	50
EMPRESA NACIONAL CON RECURSO HUMANO MIXTO NACIONAL Y EXTRANJERO	
EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES	1.25
MPYME DOMICILIADA EN COLOMBIA	1.25
TOTAL	52.50

1. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR TÉCNICO			PUNTAJE
OPORTUNIDAD CONSULTA			250 PUNTOS
OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA EN ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES	MENOR DE 5 DIAS	250
		ENTRE 6 - 10 DIAS	100
OPORTUNIDAD EN REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS			250 PUNTOS
OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	SERVICIOS AMBULATORIOS	MENOR DE 5 DIAS	250
		ENTRE 6 - 10 DIAS	100
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL			50 PUNTOS
DE ORIGEN NACIONAL CON RECURSO HUMANO 100% NACIONAL			50
NACIONAL CON RECURSO HUMANO MIXTO NACIONAL Y EXTRANJERO			20
EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES			1.25
PROPONENTE ES EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES			1.25
CRITERIOS DIFERENCIALES PARA MIPYME EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS			1.25
PROPONENTE MIPYME			1.25
SUBTOTAL CRITERIO TÉCNICO			552.50

INCENTIVOS EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA

Decreto 1860 de 2021

ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.1. Incentivos en la contratación pública. La Entidad Estatal debe establecer en los pliegos de condiciones para la contratación, dentro de los criterios de calificación de las propuestas, los incentivos para los bienes, servicios y oferentes nacionales o aquellos considerados nacionales con ocasión de la existencia de trato nacional.

D. APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (50 Puntos)

Ley 816 de 2003 "por la cual se apoya a la industria nacional a través de la contratación pública" Tratándose de servicios, se aplicará lo siguiente:

Las entidades de que trata el artículo 1° asignarán, dentro de los criterios de calificación de las propuestas, un puntaje comprendido entre el diez (10) y nacionales el veinte por ciento (20%), para estimular la industria colombiana cuando los proponentes oferten bienes o servicios.

Tratándose de bienes o servicios extranjeros, la entidad contratante establecerá un puntaje comprendido entre el cinco (5) y el quince por ciento (15%), para incentivar la incorporación de componente colombiano de bienes y servicios profesionales, técnicos y operativos.

EMPRESA DE ORIGEN NACIONAL CON RECURSO HUMANO 100% NACIONAL	EMPRESA NACIONAL CON RECURSO HUMANO MIXTO NACIONAL Y EXTRANJERO
50 PUNTOS	20 PUNTOS

NOTA 1: Una vez el Evaluador Técnico verifique el origen del servicio asignará el correspondiente puntaje.

NOTA 2: Esta información puede ser verificada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 RASES de la Policía Nacional en el momento que lo desee.

E. DEFINICIÓN DE EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES



ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.14. Con el propósito de adoptar medidas afirmativas que incentiven la participación de las mujeres en el sistema de compras públicas, se entenderán como emprendimientos y empresas de mujeres aquellas que cumplan con alguna de las siguientes condiciones:

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

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

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

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

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

7. Cuando la persona natural sea una mujer y haya ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección.

Esta circunstancia se acreditará mediante la copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil.

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

PARÁGRAFO. Respecto a los incentivos contractuales para los emprendimientos y empresas de mujeres, las certificaciones de trata el presente 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.

EMPRESARIOS Y EMPRESAS DE MUJERES	PUNTOS
PROponente EMPRESARIOS Y EMPRESAS DE MUJERES	1.25

EL INCENTIVO PARA QUIEN DEMUESTRE LA CALIDAD ANTERIOR SERÁ LA GARANTÍA DE SERIEDAD POR EL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL PRESUPUESTO OFICIAL

CRITERIOS DIFERENCIALES PARA EMPRESARIOS Y EMPRESAS DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS

ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.15. En los procesos de licitación pública, selección abreviada de menor cuantía y concurso de méritos, así como en los procesos competitivos que adelanten las Entidades Estatales no sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, las Entidades incluirán condiciones habilitantes para incentivar los emprendimientos y empresas de mujeres con domicilio en el territorio nacional. Para el efecto, los Documentos del Proceso deberán incorporar requisitos habilitantes diferenciales relacionados con alguno o algunos de los siguientes aspectos:

1. Tiempo de experiencia.
2. Número de contratos para la acreditación de la experiencia.
3. Índices de capacidad financiera.
4. Índices de capacidad organizacional.
5. Valor de la garantía de seriedad de la oferta.

Los requisitos mencionados deberán fijarse respetando las condiciones habilitantes requeridas para el cumplimiento adecuado del contrato, teniendo en cuenta el alcance de las obligaciones. En desarrollo de lo anterior, con la finalidad de beneficiar a las empresas y emprendimientos de mujeres, se establecerán condiciones más exigentes respecto a alguno o algunos de los criterios de participación antes enunciados frente a los demás proponentes que concurren al procedimiento de selección que no sean empresas o emprendimientos de mujeres.

F. CRITERIOS DIFERENCIALES PARA MIPYMES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS

Artículo 2.2.1.2.4.2.18. De acuerdo con el numeral 1 del artículo 12 de la Ley 590 de 2000, según los resultados del análisis del sector, las Entidades Estatales indistintamente de su régimen de contratación, los patrimonios autónomos constituidos por



Entidades Estatales y los particulares que ejecuten recursos públicos establecerán condiciones habilitantes diferenciales que promuevan y faciliten la participación en los procedimientos de selección competitivos de las MIPYMEs domiciliadas en Colombia. Para el efecto, en función de los criterios de clasificación empresarial, los Documentos del Proceso deberán incorporar requisitos habilitantes diferenciales relacionados con alguno o algunos de los siguientes aspectos:

6. Tiempo de experiencia.
7. Número de contratos para la acreditación de la experiencia.
8. Índices de capacidad financiera.
9. Índices de capacidad organizacional.
10. Valor de la garantía de seriedad de la oferta.

Los requisitos mencionados deberán fijarse respetando las condiciones habilitantes requeridas para el cumplimiento adecuado del contrato, teniendo en cuenta el alcance de las obligaciones. En desarrollo de lo anterior, con la finalidad de beneficiar a las MIPYME, se establecerán condiciones más exigentes respecto a alguno o algunos de los criterios de participación antes enunciados frente a los demás proponentes que concurran al procedimiento de selección que no sean MIPYME.

Con excepción de los procedimientos de selección abreviada por subasta inversa y de mínima cuantía, las entidades sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, teniendo en cuenta los criterios de clasificación empresarial, podrán establecer puntajes adicionales para MIPYME. En ningún caso, estos podrán superar el cero punto veinticinco por ciento (0.25%) del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones.

EL INCENTIVO PARA QUIEN DEMUESTRE LA CALIDAD ANTERIOR SERÁ LA GARANTÍA DE SERIEDAD POR EL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL PRESUPUESTO OFICIAL

CRITERIOS DIFERENCIALES PARA MIPYME EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS	PUNTOS
PROponente MIPYME	1.25

4.4. EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

4.4.1. EVALUACIÓN ECONÓMICA

La evaluación económica del presente proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía para la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, PROCEDIMIENTOS Y/O ATENCIONES QUIRÚRGICAS BRAQUITERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

Atendiendo lo dispuesto en el Artículo 94 de la Ley 1474, el Decreto 1860 de 2021 y que el presupuesto no sobrepasa el 10% de la menor cuantía para la Policía Nacional,

EVALUACIÓN ECONÓMICA (600 PUNTOS) COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN

LOTE I ONCOLOGIA

Cada Oferente deberá diligenciar como complemento el "FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA. Se aplicará el siguiente procedimiento

SE OTORGARÁN 600 PUNTOS

A. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 300 PUNTOS

B. MEDICAMENTOS NO REGULADOS: SE ASIGNARÁN 200 PUNTOS
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 100 PUNTOS.

C. INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 100 PUNTOS

**A. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 300 PUNTOS DE LOS 600 PUNTOS.**

Cada Oferente deberá diligenciar el **FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA**. Se aplicará el siguiente procedimiento:

Se otorgarán 300 puntos al Oferente que presente el mayor PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los CUPS del Lote 1 (hoja A-01 del ANEXO PRECIOS TECHO FINAL ONCOLOGIA DENOR), que se aplica por igual a todos los ítems y es fijo durante toda la ejecución; a los demás Oferentes se les ponderará su propuesta aplicando la siguiente fórmula

$$\text{Fórmula: } P = \%DE \times 300$$

$$> \%DO$$

Donde:

P = Puntaje Obtenido

%DE = Porcentaje de descuento a evaluar

≥DO = Mayor porcentaje de descuento ofertado

de la propuesta económica y serán de obligatorio cumplimiento durante la ejecución del contrato.

B. MEDICAMENTOS NO REGULADOS: SE ASIGNARÁN 200 PUNTOS DE LOS 600 PUNTOS.

TARIFA	PUNTAJE
MAYOR % ÚNICO DE DESCUENTO SOBRE EL PRECIO TECHO DE LOS MEDICAMENTOS NO REGULADOS (A-04)	200 PUNTOS

✓ El oferente ofertará un PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los medicamentos no regulados de la hoja A-04 MED NO REGULADOS, que se aplica por igual a todos los ítems de esa hoja y es fijo durante toda la ejecución. Fórmula: $P = 200 \times (\%DE + \%DO)$. Los medicamentos regulados (hoja A-03) se facturan sin superar su precio techo, que corresponde al precio máximo de venta institucional de la Circular 022 de 2026 de la CNPMDM más el margen para IPS (7 % si el PMV de la presentación es menor de \$1.151.100; 3,5 % si es igual o mayor), sin cobros por intermediación; el descuento sobre ellos es voluntario y no otorga puntaje.

C. INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 100 PUNTOS DE LOS 600 PUNTOS.

TARIFA	PUNTAJE
MAYOR % ÚNICO DE DESCUENTO SOBRE EL PRECIO TECHO DE LOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS (A-05)	100 PUNTOS

INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 100 PUNTOS. El oferente ofertará un PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los insumos y dispositivos médicos de la hoja A-05 INSUMOS, que se aplica por igual a todos los ítems. Fórmula: $P = 100 \times (\%DE + \%DO)$. Si ningún oferente ofrece descuento en un literal, ninguno obtiene puntaje en ese literal. Los porcentajes se registran en la hoja DESCUENTOS del ANEXO OFERTA ECONOMICA ONCOLOGIA DENOR 2026 (SI-NO), donde además se marca SI o NO por cada ítem.

✓ No se admite tarifario propio para los ítems listados en los anexos: el valor a facturar es el precio techo menos el porcentaje único de descuento ofertado en el literal correspondiente.

NOTA 1: Medicamentos e insumos no listados en los anexos (no cotizados o que surjan durante la ejecución): (a) medicamentos regulados, al precio máximo de venta institucional de la circular vigente de la CNPMDM más el margen para IPS, sin intermediación; (b) medicamentos no regulados, al valor de compra soportado más un porcentaje de administración máximo de 15 %, sin superar el precio promedio del canal institucional reportado al SISMED para el mismo CUM en el último periodo publicado; (c) insumos y dispositivos médicos, al valor de compra soportado más un porcentaje máximo de 18 %, sin superar el precio máximo de la Circular 023 de 2026 cuando aplique. El valor de compra se acredita con factura de compra o CUFÉ, certificación del revisor fiscal o contador, o lista de precios del proveedor, y la cotización deberá contar con el aval previo y expreso del área competente de la RASES 5 al correo denor.upresame@policia.gov.co.

JUSTIFICACIÓN DE LOS PORCENTAJES: se aplica la metodología adoptada por la Regional en los procesos de Oncología DESAN y Ginecopediatría 2026. (i) La competencia económica se da en un porcentaje único de descuento sobre precios techo construidos con el estudio de mercado, lo que hace la comparación de ofertas objetiva y verificable y evita la negociación ítem por ítem. (ii) Los medicamentos



regulados no otorgan puntaje porque su precio máximo lo fija la CNPMDM y no admite intermediación. (iii) El 15 % para los medicamentos no regulados no listados corresponde al porcentaje usual de intermediación y al máximo puntuable de la escala que venía usando la Entidad (compra más 10 %, 15 % o 20 %), con el SISMED como segundo límite. (iv) El 18 % para insumos no listados es el mismo tope adoptado en Ginecopediatría 2026 a partir de las cotizaciones y del contrato vigente de la Regional, de modo que la RASES 5 aplica una sola regla en procesos simultáneos. (v) Distribución del puntaje del LOTE 1:300 puntos a los CUPS, núcleo del servicio y obligatorios en su totalidad; 200 a los medicamentos no regulados, donde el descuento representa un ahorro efectivo porque su precio no está regulado, y 100 a los insumos, de menor peso económico.

NOTA 1: No se reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, EL OFERENTE debe proyectar el porcentaje de descuento a la oferta por el tiempo de ejecución del futuro contrato a celebrar, estos valores no estarán sujetos a ninguna clase de modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

LOTE II RADIOTERAPIA

EVALUACIÓN ECONÓMICA (600 PUNTOS) COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN LOTE II RADIOTERAPIA

Cada Oferente deberá diligenciar como complemento el "FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA. Se aplicará el siguiente procedimiento

SE OTORGARÁN 600 PUNTOS

D. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 600 PUNTOS

D. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 600 PUNTOS.

Cada Oferente deberá diligenciar el **FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA**. Se aplicará el siguiente procedimiento:

Se otorgarán 600 puntos al Oferente que presente el mayor PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los CUPS del Lote 2 (hoja A-02 del ANEXO PRECIOS TECHO FINAL ONCOLOGIA DENOR), que se aplica por igual a todos los ítems y es fijo durante toda la ejecución; a los demás Oferentes se les ponderará su propuesta aplicando la siguiente fórmula

Fórmula: $P = \%DE \times 600$
 $> \%DO$

Donde:

P = Puntaje Obtenido
 %DE = Porcentaje de descuento a evaluar
 ≥DO = Mayor porcentaje de descuento ofertado

Cada entidad deberá registrar con una equis (X) en la casilla que corresponda, según el origen y la oportunidad del servicio. Para lo anterior, deberá diligenciar **ANEXO CRITERIOS TÉCNICOS**

NOTA 1: Solamente se otorgará puntaje a aquellas propuestas que no superen el valor del presupuesto estimado.

NOTA 2: Se realizará la adjudicación a la propuesta que al final de la ponderación cuente con mayor puntaje

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 VALORACION OFERTA ECONOMICA

FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

EVALUACIÓN ECONÓMICA (600 PUNTOS) COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN

LOTE I ONCOLOGIA

Cada Oferente deberá diligenciar como complemento el "FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA. Se aplicará el siguiente procedimiento

SE OTORGARÁN 600 PUNTOS

A. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 300 PUNTOS

B. MEDICAMENTOS NO REGULADOS: SE ASIGNARÁN 200 PUNTOS

C. INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 100 PUNTOS

A. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 300 PUNTOS DE LOS 600 PUNTOS.

Cada Oferente deberá diligenciar el **FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA**. Se aplicará el siguiente procedimiento:

Se otorgarán 300 puntos al Oferente que presente el mayor PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los CUPS del Lote 1 (hoja A-01 del ANEXO PRECIOS TECHO FINAL ONCOLOGIA DENOR), que se aplica por igual a todos los ítems y es fijo durante toda la ejecución; a los demás Oferentes se les ponderará su propuesta aplicando la siguiente fórmula

$$\text{Fórmula: } P = \%DE \times 300$$

$$> \%DO$$

Donde:

P = Puntaje Obtenido

%DE = Porcentaje de descuento a evaluar

≥DO = Mayor porcentaje de descuento ofertado

de la propuesta económica y serán de obligatorio cumplimiento durante la ejecución del contrato.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO
A	LOTE 1 – CUPS de oncología clínica y quimioterapia (hoja A-01): 300 puntos	%
B	LOTE 1 – Medicamentos no regulados (hoja A-04): 200 puntos	%
C	LOTE 1 – Insumos y dispositivos médicos (hoja A-05): 100 puntos	%
D	LOTE 1 – Medicamentos regulados (hoja A-03): descuento voluntario, sin puntaje	%

B. MEDICAMENTOS NO REGULADOS: SE ASIGNARÁN 200 PUNTOS DE LOS 600 PUNTOS.

TARIFA	PUNTAJE
MAYOR % ÚNICO DE DESCUENTO SOBRE EL PRECIO TECHO DE LOS MEDICAMENTOS NO REGULADOS (A-04)	200 PUNTOS

✓ El oferente ofertará un PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los medicamentos no regulados de la hoja A-04 MED NO REGULADOS, que se aplica por igual a todos los ítems de esa hoja y es fijo durante toda la ejecución. Fórmula: $P = 200 \times (\%DE \div \%DO)$. Los medicamentos regulados (hoja A-03) se facturan sin superar su precio techo, que corresponde al precio máximo de venta institucional de la Circular 022



de 2026 de la CNPMDM más el margen para IPS (7 % si el PMV de la presentación es menor de \$1.151.100; 3,5 % si es igual o mayor), sin cobros por intermediación; el descuento sobre ellos es voluntario y no otorga puntaje.

C. INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 100 PUNTOS DE LOS 600 PUNTOS.

TARIFA	PUNTAJE
MAYOR % ÚNICO DE DESCUENTO SOBRE EL PRECIO TECHO DE LOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS (A-05)	100 PUNTOS

INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 100 PUNTOS. El oferente ofertará un PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los insumos y dispositivos médicos de la hoja A-05 INSUMOS, que se aplica por igual a todos los ítems. Fórmula: $P = 100 \times (\%DE + \%DO)$. Si ningún oferente ofrece descuento en un literal, ninguno obtiene puntaje en ese literal. Los porcentajes se registran en la hoja DESCUENTOS del ANEXO OFERTA ECONOMICA ONCOLOGIA DENOR 2026 (SI-NO), donde además se marca SI o NO por cada ítem.

✓ No se admite tarifario propio para los ítems listados en los anexos: el valor a facturar es el precio techo menos el porcentaje único de descuento ofertado en el literal correspondiente.

NOTA 1: Medicamentos e insumos no listados en los anexos (no cotizados o que surjan durante la ejecución): (a) medicamentos regulados, al precio máximo de venta institucional de la circular vigente de la CNPMDM más el margen para IPS, sin intermediación; (b) medicamentos no regulados, al valor de compra soportado más un porcentaje de administración máximo de 15 %, sin superar el precio promedio del canal institucional reportado al SISMED para el mismo CUM en el último periodo publicado; (c) insumos y dispositivos médicos, al valor de compra soportado más un porcentaje máximo de 18 %, sin superar el precio máximo de la Circular 023 de 2026 cuando aplique. El valor de compra se acredita con factura de compra o CUFÉ, certificación del revisor fiscal o contador, o lista de precios del proveedor, y la cotización deberá contar con el aval previo y expreso del área competente de la RASES 5 al correo denor.upres-ame@policia.gov.co.

JUSTIFICACIÓN DE LOS PORCENTAJES: se aplica la metodología adoptada por la Regional en los procesos de Oncología DESAN y Ginecopediatría 2026. (i) La competencia económica se da en un porcentaje único de descuento sobre precios techo contruidos con el estudio de mercado, lo que hace la comparación de ofertas objetiva y verificable y evita la negociación ítem por ítem. (ii) Los medicamentos regulados no otorgan puntaje porque su precio máximo lo fija la CNPMDM y no admite intermediación. (iii) El 15 % para los medicamentos no regulados no listados corresponde al porcentaje usual de intermediación y al máximo puntuable de la escala que venía usando la Entidad (compra más 10 %, 15 % o 20 %), con el SISMED como segundo límite. (iv) El 18 % para insumos no listados es el mismo tope adoptado en Ginecopediatría 2026 a partir de las cotizaciones y del contrato vigente de la Regional, de modo que la RASES 5 aplica una sola regla en procesos simultáneos. (v) Distribución del puntaje del LOTE 1:300 puntos a los CUPS, núcleo del servicio y obligatorios en su totalidad; 200 a los medicamentos no regulados, donde el descuento representa un ahorro efectivo porque su precio no está regulado, y 100 a los insumos, de menor peso económico.

NOTA 1: No se reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, EL OFERENTE debe proyectar el porcentaje de descuento a la oferta por el tiempo de ejecución del futuro contrato a celebrar, estos valores no estarán sujetos a ninguna clase de modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

LOTE II RADIOTERAPIA

EVALUACIÓN ECONÓMICA (600 PUNTOS) COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN LOTE II RADIOTERAPIA

Cada Oferente deberá diligenciar como complemento el "FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA. Se aplicará el siguiente procedimiento

SE OTORGARÁN 600 PUNTOS

D. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 600 PUNTOS

D. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: SE ASIGNARÁN 600 PUNTOS.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

OFERTA ECONOMICA



Cada Oferente deberá diligenciar el **FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA**. Se aplicará el siguiente procedimiento:

Se otorgarán 600 puntos al Oferente que presente el mayor PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO sobre el precio techo de los CUPS del Lote 2 (hoja A-02 del ANEXO PRECIOS TECHO FINAL ONCOLOGIA DENOR), que se aplica por igual a todos los ítems y es fijo durante toda la ejecución; a los demás Oferentes se les ponderará su propuesta aplicando la siguiente fórmula

$$\text{Fórmula: } P = \%DE \times 600 > \%DO$$

Donde:

P = Puntaje Obtenido

%DE = Porcentaje de descuento a evaluar

≥DO = Mayor porcentaje de descuento ofertado

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO
1	LOTE 2 – CUPS de radioterapia e imágenes diagnósticas (hoja A-02): 600 puntos PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES, PROCEDIMIENTOS Y/O ATENCIONES QUIRÚRGICAS BRAQUITERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).	_____ %

EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.

LISTA DE PRECIOS

Los precios techo de esta lista son los del ANEXO PRECIOS TECHO FINAL ONCOLOGIA DENOR. La oferta se presenta en el ANEXO OFERTA ECONOMICA ONCOLOGIA DENOR 2026 (SI-NO): porcentaje único de descuento por literal y marcación SI o NO por cada ítem; los ítems obligatorios deben marcarse SI.

LOTE I
PROCEDIMIENTOS

N°	CUPS	PROCEDIMIENTO – LOTE 1	PRECIO TECHO
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	\$ 79.100,00
2	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	\$ 50.000,00
3	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	\$ 30.000,00
4	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 79.100,00
5	890251-S1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	\$ 82.000,00
6	890251-S2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA (HEMATO-ONCOLOGIA)	\$ 79.100,00
7	890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	\$ 79.100,00
8	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 79.100,00
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	\$ 79.100,00
10	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 79.100,00
11	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	\$ 79.100,00
12	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	\$ 50.000,00
13	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	\$ 30.000,00
14	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$ 79.100,00
15	890351-S1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	\$ 82.000,00
16	890351-S2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	\$ 79.100,00
17	890355	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	\$ 79.100,00
18	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 79.100,00
19	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	\$ 79.100,00
20	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	\$ 79.100,00
21	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	\$ 150.000,00
22	7DS005	DERECHOS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	\$ 82.377,00
23	992504	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 302.500,00
24	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 470.000,00
25	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	\$ 310.000,00
26	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 300.000,00
27	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	\$ 300.000,00
28	992502	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL	\$ 107.000,00
29	992201	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL	\$ 170.000,00
30	869501	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	\$ 150.000,00

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

OFERTA ECONOMICA



N°	CUPS	PROCEDIMIENTO -- LOTE 1	PRECIO TECHO
31	70S006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	\$ 200.000,00
32	345001	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA	\$ 500.000,00
33	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	\$ 500.000,00
34	413101	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÚDULA ÓSEA	\$ 150.000,00
35	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA	\$ 600.000,00
36	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA	\$ 600.000,00
37	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA	\$ 180.000,00
38	850101	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA	\$ 150.000,00
39	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	\$ 450.000,00
40	702203	COLPOSCOPIA	\$ 370.000,00
41	033101	PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)	\$ 90.000,00
42	038201	NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES	\$ 900.000,00
43	042205	NEUROLISIS DE OTRO NERVIOS CRANEALES	\$ 500.000,00
44	048102	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FIN ANALGÉSICO	\$ 400.000,00
45	048201	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO PARA NERVIOS PERIFÉRICOS	\$ 400.000,00
46	048203	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO EN ESPACIO INTERFACIAL DE NERVIOS PERIFÉRICOS	\$ 400.000,00
47	048301	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIOS DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS	\$ 500.000,00
48	048402	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN ARTICULACIÓN SACROILIACA CON FINES ANALGÉSICOS	\$ 500.000,00
49	053101	BLOQUEO DE NERVIOS SIMPÁTICO ÚNICO	\$ 500.000,00
50	053103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	\$ 500.000,00
51	053105	BLOQUEO DE UNIÓN MIONEURAL	\$ 400.000,00
52	053109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	\$ 500.000,00
53	053208	NEUROLISIS DE NERVIOS SIMPÁTICO ÚNICO	\$ 500.000,00
54	861402	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	\$ 500.000,00
55	861411	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULÍNICA)	\$ 400.000,00
56	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	\$ 100.000,00
57	898004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÚDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	\$ 120.000,00
58	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÚDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	\$ 120.000,00

No.	CÓDIGO CUM	MEDICAMENTO OBLIGATORIO	PRESENTACIÓN	PRECIO TECHO
1	020187782-1	ABEMACICLIB 50	CAJA X 30 TAB	\$ 5.127.780,00
2	20187776-4	ABEMACICLIB 150	CAJA X 60 TAB	\$ 10.255.560,00
3	20188001-1	ABEMACICLIB 100	CAJA X 30 TAB	\$ 5.127.780,00
5	20146583-1	ACETATO DE ABIRATERONA 250 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 TAB	\$ 4.869.240,00
8	19956218-3	ACETATO DE LEUPROLIDE 22.5 MG (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 1.138.056,00
9	20032905-1	ACETATO DE LEUPROLIDE 45 MG (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 2.201.660,00
10	20157000-1	ALECTINIB (ALECENSA) 150 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 224 CAP	\$ 13.312.544,00
11	20051749-1	ACIDO IBANDRONICO 6 MG (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 505.670,00
12	20059036-1	ACIDO ZOLEDRONICO 4 MG (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 556.260,00
13	20093591-2	AFATINIB 40 MG X 28 TAB (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 7.589.372,00
14	19910957-3	ANASTROZOL 1 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 168.560,00
19	20056375-1	AXITINIB 1 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 2.962.200,00
20	20050749-11	AXITINIB 5 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 14.811.240,00
21	20012115-1	AZACITIDINA 100 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 1.050.105,00
22	20131917-1	AVELUMAB (BAVENCIO) 20 MG	AMPOLLA	\$ 3.756.791,00
23	19956000-1	BEVACIZUMAB 100 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 790.213,19
24	19956001-1	BEVACIZUMAB 400 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 3.061.600,00
25	20052001-1	BENDAMUSTINA 100 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 2.833.501,00
26	20058697-1	BRENTUXIMAB VEDOTIN 50 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 13.319.081,00
28	020060914-1	BICALUTAMIDA 150 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 406.560,00
29	20064698-1	BORTEZOMIB 3.5 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 2.482.306,00
33	229745-1	CAPECITABINE 500 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 TAB	\$ 799.920,00
34	20104913-1	CABAZITAXEL 60 MG AMP (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 12.779.717,00
35	20087826-1	CARFILZOMIB 60 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 4.810.343,00
36	19974848-4	CARBOPLATINO 450 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 105.700,00
37	19953428-3	CETUXIMAB 100 MG AMP (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 747.834,00
38	21534-1	CICLOFOSFAMIDA 500 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 44.750,00
39	21535-1	CICLOFOSFAMIDA 1 G (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 65.000,00
40	20141904-1	CISPLATINO 50 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 48.500,00
42	20066788-1	CITABINA 500 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 31.490,00
43	20119351-1	COBIMETINIB 20 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 63 TAB	\$ 19.926.837,00
44	46264-1	CLORAMBUCILO 2 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 25 TAB	\$ 171.500,00
46	20083808-1	CRIZOTINIB 200 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 15.562.500,00
47	20091271-1	CRIZOTINIB 250 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 19.453.080,00
48	19961319-1	DACARBAZINA 200 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 45.700,00
51	19980919-1	DASATINIB 20 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 3.874.320,00
52	19980918-1	DASATINIB 50 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 9.685.860,00
53	20072871-8	DASATINIB 70 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 13.560.180,00
54	20002502-1	DASATINIB 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 9.685.860,00
55	20034231-1	DASATINIB 140 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 13.560.180,00
59	20007778-6	DEGARELIX 80 mg (PRECIO REGULADO)	VIAL	\$ 413.489,00
60	20062725-5	DEGARELIX 120 mg (PRECIO REGULADO)	VIAL	\$ 620.233,00
64	20028103-1	DENOSUMAB 60 MG/ML (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 671.135,00
65	20052945-1	DENOSUMAB 120 MG/ML (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 1.298.365,00
69	20111935-2	DOCETAXEL 80 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 659.883,00
70	19969115-1	DOXORRUBICINA LIPOSOMAL 20 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 1.103.136,00
71	20061062-1	DOXORRUBICINA 10 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 11.637,00
72	20043047-1	DOXORRUBICINA 50 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 58.188,00
74	20019167-2	ELTROMBOPAG 25 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 3.125.360,00
76	20067345-1	ENZALUTAMIDA 40 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 CAP	\$ 7.815.480,00
79	19948946-1	ERITROPYETINA 30000 UI (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 372.360,00
80	19961228-1	ERLOTINIB 150 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 6.907.212,22

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



OFERTA ECONOMICA

POLICÍA NACIONAL

No.	CÓDIGO CUM	MEDICAMENTO OBLIGATORIO	PRESENTACIÓN	PRECIO TECHO
81	20048821-1	EXEMESTANO 25 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 214.260,00
82	19903238-2	EVEROLIMUS 2.5 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 3.997.590,00
83	20142533-2	EVEROLIMUS 5 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 7.995.180,00
84	20133286-2	EVEROLIMUS 10 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 15.990.390,00
86	20002046-1	FLUDARABINA 50 mg (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 684.543,00
87	20135288-1	5-FLUORURACILO 500MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 7.200,00
88	20053621-1	FULVESTRAN 250 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 2 AMPOLLAS	\$ 2.468.682,00
90	20121572-2	FOLINATO DE CALCIO 50 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 27.000,00
91	020139379-1	GEMCITABINA 1 G (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 414.924,00
92	215183-1	GEFITINIB 250 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 4.421.130,00
93	20019022-1	GOSERILINA 3.6 mg (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 331.910,00
94	47155-3	GOSERILINA 10.8 mg (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 995.730,00
98	20043426-1	IBRUTINIB 140 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 7.518.900,00
99	42034-1	IBRUTINIB 420 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 22.556.730,00
100	19926707-1	IBRUTINIB 560 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 30.075.660,00
101	20175245-1	IDARRUBICINA 10 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 324.736,00
102	20175249-1	IMATINIB 100 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 619.260,00
103	20175246-1	IMATINIB 400 mg(PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 2.477.040,00
104	20013029-1	IPILIMUMAB 50 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 15.022.512,00
105	20062271-1	IRINOTECAN 100 mg(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 108.641,00
106	19939440-1	IXABEPILONA 15 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 2.856.372,00
107	20109807-1	PEMBROLIZUMAB 100 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 10.387.641,00
108	20031989-1	LANREOTIDE 90 MG(PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 3.233.335,00
109	207609-12	LANREOTIDE 120 MG(PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 4.311.113,00
110	20001660-1	LETOZOLE 2,5 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 145.320,00
111	20085509-1	LENALIDOMIDA 5 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 CAP	\$ 5.154.933,00
112	19935648-1	LENALIDOMIDA 10 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 CAP	\$ 5.923.428,00
113	19995723-1	LENALIDOMIDA 15 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 CAP	\$ 5.915.721,00
114	223139-1	LENALIDOMIDA 25 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 CAP	\$ 7.121.499,00
115	19999701-1	LAPATINIB X 250 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 70 TAB	\$ 3.412.920,00
116	19999700-1	MERCAPTOPURINA 50 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 25 TAB	\$ 59.550,00
118	19999772-1	METOTREXATO 2,5 MG (PRECIO REGULADO)	TABLETAS	\$ 6.757,50
120	46262-1	METOTREXATO 500 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 90.000,00
124	19992309-2	NILOTINIB 150 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 cap	\$ 8.395.320,00
125	20162259-1	NILOTINIB 200 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 cap	\$ 11.193.840,00
126	20108161-1	NIVOLUMAB 40 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 2.289.468,00
127	20091924-1	NIVOLUMAB 100 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 5.723.670,00
128	20065694-1	OBINUTUZUMAB 100 MG(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 13.849.428,00
129	20142204-2	OLAPARIB 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 112 TAB	\$ 14.220.976,00
130	20124752-1	OLAPARIB 150 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 112 TAB	\$ 21.331.520,00
132	19984840-7	OSIMERTINIB 40 MG(PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 14.272.800,00
133	20135473-1	OSIMERTINIB 80 MG(PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 28.545.630,00
134	20118029-1	OXALIPLATINO 100 mg(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 121.173,00
135	20044068-2	OXALIPLATINO 50 mg(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 60.586,00
136	20109105-1	PALBOCICLIB 75 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 TAB	\$ 8.009.610,00
137	20196171-1	PALBOCICLIB 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 TAB	\$ 10.679.487,00
138	20195993-1	PALBOCICLIB 125 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 TAB	\$ 13.349.364,00
140	19956714-1	PACLITAXEL 100 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 54.348,00
141	20047567-1	PANITUMUMAB 100 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 1.540.269,00
142	20025916-1	PAZOPANIB 200 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 CAP	\$ 2.284.470,00
143	20024562-1	PAZOPANIB 400 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 CAP	\$ 9.137.880,00
145	19959519-2	PEGFILGRASTIM 6 MG (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 864.741,00
146	19959519-2	PEMETREXED X 500 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 4.122.358,00
151	20129443-1	PERTUZUMAB 420 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 8.795.076,00
152	20060320-1	RITUXIMAB 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 2 AMPOLLAS	\$ 916.294,50
153	226777-1	RITUXIMAB 500 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 2.215.805,00
155	20064605-1	RIBOCICLIB 200 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 TAB	\$ 4.043.004,00
156	20115059-1	RIBOCICLIB 200 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 42 TAB	\$ 8.086.008,00
157	20115059-2	RIBOCICLIB 200 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 63 TAB	\$ 12.129.012,00
163	20048478-1	SORAFENIB X 200 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 6.337.140,00
164	019971195-2	SUNITINIB TAB 50 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 14.004.816,00
166	19942618-39	TAMOXIFENO 20 mg.(PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 18.000,00
167	201175-1	TEMOZOLAMIDA 20 mg (PRECIO REGULADO)	FRASCO X 5 CAP	\$ 173.840,00
168	19907390-3	TEMOZOLAMIDA 100 mg (PRECIO REGULADO)	FRASCO X 5 CAP	\$ 869.215,00
169	20124540-2	TEMOZOLAMIDA 250 mg (PRECIO REGULADO)	FRASCO X 5 CAP	\$ 2.101.965,00
170	20061379-1	TOPOTECAN 4 mg(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 89.726,00
172	19997476-1	TRASTUZUMAB 440 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 2.111.548,00
174	20055046-1	TRASTUZUMAB-EMTASINA 100 mg(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 6.072.599,00
175	20058197-1	TRASTUZUMAB-EMTASINA 160 mg(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 9.716.159,00
179	20139971-2	VISMODEGIB 150 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 18.332.188,00
180	20048393-1	VINBLASTINA 10 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 54.700,00
181	19952093-1	VINORELBINE 50 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 211.899,00
182	20039769-1	VEMURAFENIB 240 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 56 TAB	\$ 5.957.504,00
183	20066634-1	AFATINIB 20 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 3.794.672,00
184	20093590-2	AFATINIB 30 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 5.692.036,00
185	20137853-1	APALUTAMIDA 60 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 TAB	\$ 10.113.840,00
186	020254463-1	APALUTAMIDA 240 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 10.113.840,00
187	20145962-1	ATEZOLIZUMAB 1200 MG	AMPOLLA	\$ 15.656.950,00
188	19916203-26	BICALUTAMIDA 150 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 406.560,00
190	020172869-2	CABOZANTINIB 20 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 19.469.250,00
191	020172869-2	CABOZANTINIB 60 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 19.469.250,00
192	20172869-2	CABOZANTINIB 40 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 19.469.250,00

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

OFERTA ECONOMICA



POLICÍA NACIONAL

No.	CÓDIGO CUM	MEDICAMENTO OBLIGATORIO	PRESENTACIÓN	PRECIO TECHO
195	19961319-1	DABRAFENIB X 75 MG(PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 TAB	\$ 19.939.200,00
196	20195376-1	DAROLUTAMIDA 300 MG(PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 TAB	\$ 11.971.480,00
197	20143749-3	DURVALUMAB 500mg/10ml(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 10.345.161,00
198	20143749-1	ERLOTINIB 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 4.604.790,00
199	19961229-1	FOLINATO DE CALCIO 350 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 140.000,00
200	20139847-1	MITOMICINA 20 mg (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 472.680,00
203	19940720-1	PAZOPANIB 400 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 CAP	\$ 4.568.940,00
204	228254-1	SUNITINIB TAB 25 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 7.002.408,00
208	20002627-1	IMATINIB 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 180 TAB	\$ 3.715.560,00
209	020097086-01	TRAMETINIB 2 MG	CAJA X 30 TAB	\$ 21.747.060,00
211	020200349 -1	NERATINIB 40 MG	CAJA x 180 TAB	\$ 28.080.000,00
212	020213253-02	NIRAPARIB 100 MG	CAJA x 56 TAB	\$ 23.352.000,00

5.5.1.2 INSUMOS

N°	INSUMO OBLIGATORIO	PRECIO TECHO
2	AGUJA No 18	\$ 200,00
3	AGUJA No. 21	\$ 200,00
4	AGUJA No.27	\$ 200,00
9	BURETROL	\$ 4.300,00
16	CISTOFLO ADULTO	\$ 6.300,00
19	EQUIPO DE BOMBA	\$ 40.800,00
24	HUMIDIFICADOR	\$ 8.600,00
25	INFUSOR 5 DIAS	\$ 230.900,00
28	JERINGA 1 CC	\$ 425,00
29	JERINGA 5 CC	\$ 450,00
30	JERINGA 10 CC	\$ 400,00
31	JERINGA 20 CC	\$ 850,00
32	JERINGA 50 CC	\$ 1.200,00
68	JERINGA 3 CC	\$ 450,00

CUPS OPCIONALES

MEDICAMENTOS

No.	CÓDIGO CUM	MEDICAMENTO OPCIONAL	PRESENTACIÓN	PRECIO TECHO	OFRECE SI	OFRECE NO
4	020240895-1	ACALABRUTINIB (CALQUENCE®) 100 MG(PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 17.568.586,80		
6	48902-2	ACETATO DE CIPROTERONA 50 MG	CAJA X 20 TAB	\$ 44.940,00		
7	19900996-2	ACETATO DE CIPROTERONA 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 134.820,00		
15	19945183-2	APREPITANT 125 MG /80 Mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 3 TAB	\$ 93.369,59		
16	20156169-1	ASPARAGINASA 10.000 UI (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 1.056.197,00		
17	20088052-1	DARBEPOETINA x 50 MCG (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 288.883,95		
18	20087648-1	DARBEPOETINA x 100 MCG (PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 577.767,90		
27	201198-4	BICALUTAMIDA 50 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 126.491,12		
30	20100353-1	BOSUTINIB 100 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 2.611.491,30		
31	20104954-1	BOSUTINIB 500 mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 13.057.456,50		
32	20010927-1	BLEOMICINA 15 U.I (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 81.500,00		
41	20066789-1	CITARABINA 100 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 6.298,02		
45	20011363-1	CLOFARABINA 20 ML (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 6.480.628,49		
49	19902428-1	DACTINOMICINA 0.5 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 95.300,00		
50	20132662-1	DAUNORUBICINA 20 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 56.000,00		
56	20101895-1	DARATUMUMAB 100 MG/ 5ML(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 1.408.651,56		
57	20101895-2	DARATUMUMAB 400 MG/ 20ML(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 5.634.606,24		
58	16436-1	DEFEROXAMINA 500 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 10 VIALES	\$ 213.090,50		
61	20145927-2	DEFERASIROX 125 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 603.169,70		
62	20145925-2	DEFERASIROX 250 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 1.206.339,40		
63	20145979-5	DEFERASIROX 500 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 2.333.759,40		
66	53057-1	DEXRAZOXANE 500 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 494.222,30		
67	20019105-6	DEXAMETASONA 8 MG/ 2ML(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 1.600,00		
68	20088786-1	DEXAMETASONA 4mg (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 169.980,00		
73	020106273-1	FOSAPREPITAN 150 (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 136.505,25		
75	20019264-2	ELTROMBOPAG 50 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 28 TAB	\$ 6.250.739,67		
77	19973149-2	EPIRRUBICINA 50 mg(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 183.680,00		

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



POLICÍA NACIONAL

OFERTA ECONOMICA

No.	CÓDIGO CUM	MEDICAMENTO OPCIONAL	PRESENTACIÓN	PRECIO TECHO	OFRECE SI	OFRECE NO
78	20096478-1	ERITROPOYETINA 2000 UI(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 24.824,00		
85	20133287-2	FILGASTRIM 300 mg(PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 136.028,03		
89	19955642-3	FLUTAMIDA 250 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 90 TAB	\$ 133.375,50		
95	201182-3	HIERRO CARBOXIMALTOSA 500 MG(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA X 10 ML	\$ 442.905,10		
96	19970942-1	HIDROXIUREA 500 mg (PRECIO REGULADO)	FRASCO x 100 CAP	\$ 180.000,00		
97	20042955-7	HIDROCORTISONA 100 mg(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 1.700,00		
117	19999773-1	METILPREDNISOLONA 500 MG (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 67.286,95		
119	19981554-2	METOTREXATO 50 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 222.444,98		
121	19990590-11	METOCLOPRAMIDA 10 MG(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 4.050,00		
122	20109362-1	MITOXANTRONA 20 mg (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 215.148,97		
123	19992308-2	NAB PLACLITAXEL 100 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 1.035.946,18		
131	20077611-1	ONDANSETRON 8 MG. (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 3.200,00		
139	19956714-1	PALONOSETRON 0.25 MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 178.462,09		
144	20024563-1	PEGASPARAGINASA 3750 UI(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 5.952.556,69		
147	19951013-1	POMALIDOMIDA 2 mg(PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 TAB	\$ 20.712.318,26		
148	020113542-1	POMALIDOMIDA 3 mg(PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 TAB	\$ 31.068.477,39		
149	20113545-1	POMALIDOMIDA 4 mg(PRECIO REGULADO)	CAJA X 21 TAB	\$ 41.424.636,10		
150	20113546-1	PONATINIB 15 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 7.122.472,56		
154	20010363-1	RITUXIMAB 1400 MG (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA SC	\$ 3.371.431,77		
158	20115059-3	ROMIPLOSTIM 250 MG(PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 2.060.765,21		
159	20027769-1	RUXOLITINIB FOSFATO 5 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 6.062.869,58		
160	20055293-1	RUXOLITINIB FOSFATO 10 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 12.125.739,15		
161	20083253-1	RUXOLITINIB FOSFATO 15 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 18.188.608,73		
162	20055348-2	RUXOLITINIB FOSFATO 20 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 60 TAB	\$ 24.251.478,30		
165	19968258-1	TALIDOMINA 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 119.138,85		
171	20010613-1	TRABECTIDINA 1MG (PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 5.330.383,97		
173	19903070-1	TRASTUZUMAB 600 MG (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA SC	\$ 3.786.007,23		
176	20064940-1	TRIPTORELINA 11.25 MG (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 1.214.768,11		
177	19953802-1	TRIPTORELINA 22.5 MG (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 2.429.537,14		
178	20060305-1	VENETOCLAX 100 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 120 TAB	\$ 24.651.712,80		
189	229986-4	BICALUTAMIDA 50 MG (PRECIO REGULADO)	CAJA X 30 TAB	\$ 135.526,20		
193	21534-1	CICLOFOSFAMIDA 50 MG (PRECIO REGULADO)	TABLETAS	\$ 25.000,00		
194	20036307-1	CLADRIBINA 10 MG(PRECIO REGULADO)	FRASCO AMPOLLA	\$ 1.159.152,40		
201	020165217-01	OCTEOTRIDA 20 MG(PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 3.436.104,78		
202	020149117-01	OCTEOTRIDA 30 MG(PRECIO REGULADO)	JERINGA PRELLENA	\$ 5.154.157,17		
205	228256-2	TOCILIZUMAB 162 MG(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA SC	\$ 768.541,02		
206	20024563-1	TOCILIZUMAB 200 MG(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA SC	\$ 948.816,08		
207	20152989-2	TOCILIZUMAB 80 MG(PRECIO REGULADO)	AMPOLLA SC	\$ 379.526,43		
210	20224196-1	ULTOMIRIS 300 MG	AMPOLLA	\$ 20.568.000,00		
213	20177491	TALZENA 1 MG	CAJA X 30 TAB	\$ 20.600.000,00		
214	020210107-01	VIZIMPRO 30 MG	CAJA X 30 TAB	\$ 335.666,00		
215	020209757-01	VIZIMPRO 15 MG	CAJA X 30 TAB	\$ 335.666,00		
216	020210111-01	VIZIMPRO 45 MG	CAJA X 30 TAB	\$ 335.666,00		
217	20204201-01	LUSPATERCEPT 25 MG	AMPOLLA	\$ 5.210.000,00		
218	20204201-03	LUSPATERCEPT 75 MG	AMPOLLA	\$ 15.630.000,00		
219	20111011 -01	CYRAMZA 100 MG (10ML) (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 2.187.269,64		
220	20111011-02	CYRAMZA 500 MG (50ML) (PRECIO REGULADO)	AMPOLLA	\$ 10.936.348,20		
221	2024733-2	ENHERTU 100 MG	AMPOLLA	\$ 9.315.000,00		

OPCIONALES INSUMOS

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

OFERTA ECONOMICA



POLICÍA NACIONAL

N°	INSUMO OPCIONAL	PRECIO TECHO	OFRECE SI	OFRECE NO
1	AGUJA JAMSHIDI (AGUJA PARA BIOPSIA)	\$ 193.000,00		
5	AGUJA SURECAN No. 20 (20 X 15)	\$ 51.324,00		
6	AGUJA SPINOCAN No. 18	\$ 28.500,00		
7	AGUJA SPINOCAN No. 25	\$ 28.500,00		
8	ASKINA DERM (APOSITO TRANSPARENTE) 10 X12 CM	\$ 4.200,00		
10	CATETER IV DE SEGURIDAD – INTROCAN No. 22	\$ 3.450,00		
11	CATETER IV DE SEGURIDAD – INTROCAN No. 24	\$ 3.450,00		
12	CANULA NASAL ADULTO	\$ 2.000,00		
13	CANULA NASAL PEDIATRICA	\$ 2.000,00		
14	CANULA DE GUEDELL PEDIATRICA	\$ 1.700,00		
15	CANULA DE GUEDELL ADULTO	\$ 1.700,00		
17	ELECTRODOS	\$ 800,00		
18	EQUIPO DE MACROGOTEO	\$ 2.900,00		
20	GASAS ESTERILES	\$ 9.300,00		
21	GUIA PARA INTUBACION ADULTO	\$ 6.300,00		
22	GUANTES ESTERILES UNIDAD	\$ 2.000,00		
23	HOJA DE BISTURI	\$ 500,00		
26	INFUSOR 48H GRANDE 270/5	\$ 187.350,00		
27	INFUSOR 48H PEQUEÑO 100/2	\$ 187.350,00		
33	KIT JELCO 18 PARA TOMOGRAFIAS CONTRASTADAS	\$ 27.000,00		
34	MICRONEBULIZADOR ADULTO	\$ 4.500,00		
35	MICRONEBULIZADOR PEDIATRICO	\$ 4.600,00		
36	SAFE FLOW (TAPON LIBRE DE AGUJA) CON DOBLE EXTENCION	\$ 11.500,00		
37	SAFE FLOW (TAPON LIBRE DE AGUJA) CON EXTENCION	\$ 400,00		
38	SONDA VESICAL No. 12	\$ 3.500,00		
39	SONDA VESICAL No. 14	\$ 3.500,00		
40	SONDA VESICAL No. 16	\$ 3.500,00		
41	SONDA SUCCION ADULTO	\$ 3.000,00		
42	SONDA SUCCION PEDIATRICA	\$ 3.000,00		
43	TUBO OROTRAQUEAL No. 5	\$ 4.000,00		
44	TUBO OROTRAQUEAL No. 5,5	\$ 4.000,00		
45	TUBO OROTRAQUEAL No. 6	\$ 4.200,00		
46	TUBO OROTRAQUEAL No. 6,5	\$ 4.200,00		
47	TUBO OROTRAQUEAL No. 7	\$ 4.457,10		
48	TUBO OROTRAQUEAL No. 8	\$ 4.000,00		
49	TUBO OROTRAQUEAL No. 8,5	\$ 4.000,00		
50	VENTURY ADULTO	\$ 7.500,00		
51	VENTURY PEDIATRICO	\$ 8.500,00		
52	AGUJA SURECAN No. 20 X 20	\$ 53.600,00		
53	AMIODARONA 150MG/5ML AMP	\$ 4.800,00		
54	ATROPINA 1MG/ML AMP.	\$ 1.200,00		
55	B METILDIGOXINA 0,2 MG/2ML AMP	\$ 7.400,00		
56	BICARBONATO 10MEQ/10ML AMP	\$ 1.950,00		
57	BROMURO DE IPATROPIO GOTAS	\$ 33.450,00		
58	BROMURO DE VECURONIO 10 MG AMP	\$ 23.150,00		
59	COMPRESAS QUIRURGICAS (ALFA TRADING)	\$ 9.850,00		
60	DINITRATO DE ISORBIDE 10 MG TAB CAJA X300	\$ 350,00		
61	DOPAMINA 200 AMP 200 MG	\$ 2.300,00		
62	FENTANILO CITRATO 0.5MG/10ML AMP.	\$ 5.350,00		
63	FILTRO DE INFUSION DE 0.2	\$ 29.600,00		
64	GUANTES DE EXAMEN TALLA M	\$ 1.100,00		
65	GUANTES DE EXAMEN TALLA S	\$ 1.100,00		
66	HEPARINA SODICA 25.000 UI AMP	\$ 25.000,00		
67	HIDROCORTISONA AMP 100MG VIAL	\$ 2.400,00		
69	LIDOCAINA (ROXICAINA) SIMPLE 2 % AMP 10ML	\$ 5.850,00		
70	LIDOCAINA 1% 50ML	\$ 5.850,00		
71	LIDOCAINA 2% JALEA	\$ 13.750,00		
72	MEPERIDINA 100 MG AMP	\$ 4.500,00		
73	METILPREDNISOLONA 500 MG	\$ 18.200,00		
74	METOPROLOL 5 MG/5ML	\$ 15.900,00		
75	MIDAZOLAM 5MG/5ML AMP.	\$ 1.500,00		
76	MORFINA 10 MG AMP	\$ 2.500,00		
77	NALOXONA 0.4MG AMP	\$ 900,00		
78	NITROGLICERINA 0,5% AMP	\$ 17.000,00		
79	SOLUCION SALINA 1000 (0.9%)	\$ 4.600,00		
80	SONDA SUCCION ADULTO 12	\$ 3.000,00		

LOTE 2

N°	CUPS	PROCEDIMIENTO – LOTE 2	PRECIO TECHO
1	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 73.500,00
2	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 73.500,00
3	890487	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	\$ 83.200,00
4	922444-S1	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	\$ 11.878.000,00
5	922444-S2	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	\$ 14.254.000,00
6	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES [IGRT]	\$ 15.000.000,00
7	922446	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA - ARCOTERAPIA DE MODULACIÓN VOLUMÉTRICA [VMAT]	\$ 16.000.000,00
8	922605	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	\$ 9.978.000,00
9	922611	BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	\$ 9.978.000,00
10	923104	RADIOCIRUGÍA INTRACRANEAL DE FUENTE ÚNICA DE FOTONES (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA Y SIMULACIÓN VIRTUAL)	\$ 22.800.000,00
11	923105	RADIOCIRUGÍA EXTRACRANEAL DE FUENTE ÚNICA DE FOTONES (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA Y SIMULACIÓN VIRTUAL)	\$ 21.900.000,00
12	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	\$ 102.000,00
13	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	\$ 112.000,00

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

OFERTA ECONOMICA



N°	CUPS	PROCEDIMIENTO – LOTE 2	PRECIO TECHO
14	879113	TOMOGRFIA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	\$ 122.000,00
15	879116	TOMOGRFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	\$ 112.000,00
16	879121	TOMOGRFIA COMPUTADA DE ÓRBITAS	\$ 87.000,00
17	879122	TOMOGRFIA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	\$ 112.000,00
18	879131	TOMOGRFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	\$ 112.000,00
19	879150	TOMOGRFIA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	\$ 112.000,00
20	879181	TOMOGRFIA COMPUTADA DE CUELLO	\$ 94.800,00
21	879182	TOMOGRFIA COMPUTADA DE LARINGE	\$ 94.800,00
22	879201	TOMOGRFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	\$ 69.000,00
23	879205	TOMOGRFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	\$ 94.800,00
24	879301	TOMOGRFIA COMPUTADA DE TORAX	\$ 106.000,00
25	879410	TOMOGRFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	\$ 120.500,00
26	879420	TOMOGRFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	\$ 140.000,00
27	879430	TOMOGRFIA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTIC]	\$ 287.000,00
28	879460	TOMOGRFIA COMPUTADA DE PELVIS	\$ 95.000,00
29	879510	TOMOGRFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	\$ 82.800,00
30	879520	TOMOGRFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	\$ 87.000,00
31	879910	TOMOGRFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	\$ 148.000,00
32	879990	TOMOGRFIA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	\$ 693.950,00
33	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	\$ 63.000,00
34	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	\$ 76.000,00
35	876803	TOMOSÍNTESIS	\$ 160.000,00
36	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	\$ 400.000,00
37	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	\$ 880.000,00
38	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	\$ 1.365.000,00
39	851301	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U OTRO DISPOSITIVO	\$ 525.000,00
40	851302	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	\$ 600.000,00

Nota: los medicamentos y su presentación son los de las listas anteriores; los no listados se reconocen con las reglas de la NOTA 1 de la evaluación económica.

Nota: los insumos son los de las listas anteriores; los no listados se reconocen al valor de compra soportado más un máximo de 18 %, sin superar el precio máximo de la Circular 023 de 2026 cuando aplique.

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 notificaciónes

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

PROCEDIMIENTOS NO POS



FORMULARIO NO POS

Continuación de la Resolución No. _____ Del _____ "Por la cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad la Policía Nacional."

Página: 1 de 2

PROCESO: ADMINISTRACION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Codigo:

FORMATO DE SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN ANTE EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS U OTROS SERVICIOS MÉDICOS QUE NO HACEN PARTE DEL PLAN DE SERVICIOS DEL SSMP

Fecha:

Version: 0



ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, ÚNICAMENTE POR PARTE DEL ESPECIALISTA TRATANTE. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

FECHA DILIGENCIAMIENTO:

DEPARTAMENTO:

I. INFORMACION BÁSICA

Nombre del Usuario:

Edad:

Tipo de Identificación

C.C.

T.I.

R.C.

NUIP

N°

Teléfono:

Ciudad y Dirección de Residencia:

II. DIAGNOSTICO (S):

Código C.I.E. 10

1.

2.

3.

III. DATOS DEL PROCEDIMIENTO, INSUMO, DISPOSITIVO MÉDICO U OTRO SERVICIO SOLICITADO FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS DEL SSMP

Especialidad:

Subespecialidad:

Nombre del procedimiento, Insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio requerido	Cantidad	Tiempo de Tratamiento	Costo	Código Cups o Código Asigando por el Proveed
--	----------	-----------------------	-------	--

Descripción (Detalle del procedimiento, insumo, dispositivo médico u otro servicio de salud requerido y especificaciones técnicas)

IV. JUSTIFICACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA (Razón científica del requerimiento)

V. JUNTA MÉDICA O QUIRÚRGICA (si se le realizó Junta Médica describa los resultados)

VI. ALTERNATIVAS DEL PLAN DE BENEFICIOS EMPLEADAS ANTES DE REALIZAR EL REQUERIMIENTO (Si existe algún equivalente, justifique su NO utilización)

Procedimiento, insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio alternativo empleado o suministrado al paciente	Tiempo de uso	Resultados obtenidos (No mayoría/Reacción adversa/intolerancia)
---	---------------	---

VII. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACION POR URGENCIA VITAL

Solicitud autorizada al usuario por urgencia el día: _____ y se diligencia solo para conocimiento y estadísticas del CTC.

ESP que autorizó:

Nombre del ESP, IPS o proveedor que lo suministró:

Nombre del ESP, IPS o proveedor donde se administró:

Ciudad del ESP, IPS o proveedor:

Valor:

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD O ESP:

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Relacione al menos dos referencias específicas con citas bibliográficas completas)

1.

2.

3.

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

PROCEDIMIENTOS NO POS



VIII, DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A LA SOLICITUD

- 1 Formato de solicitud actualizado en original debida y completamente diligenciado por el médico especialista tratante,
- 2 Fotocopia de la historia clínica, epicrisis o resumen de la misma,
- 3 Fotocopia de Ayudas Diagnósticas,
- 4 Anexo cotización del procedimiento o insumo
- 5 Anexo de certificación de disponibilidad de recursos (firmado Jefe USP),
- 6 Fotocopia del carné de servicios médicos del usuario,

IX, DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Plan de Beneficios del SSSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente, Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo o dispositivo médico requerido, ni soy representante legal, miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el Artículo 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas,

Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente si no se aprueba esta solicitud Si: ____ No: ____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO SOLICITANTE:

No, CÉDULA:

REGISTRO MEDICO:

ESPECIALIDAD:

NOMBRE DEL ESP O DE LA IPS EN LA QUE LABORA:

X, CONCEPTO JUNTA DE PARES DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA

X, COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO

APROBADO:

SI

NO

OBSERVACIONES:

Firmas del Comité:

Comité No:

Fecha:

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

PROCEDIMIENTOS NO POS



POLICÍA NACIONAL

MEDICAMENTOS NO POS

Continuación de la Resolución No, _____ Del _____ "Por la cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional,"

ACUERDO CSSMP 080//2022

FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA DEL SSMP

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE, EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO,

Fecha de solicitud _____ Departamento _____

I, DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Sexo: F: _____ M: _____
Tipo de identificación: C,C _____ T,I _____ R,C _____ NUIP _____ No, _____
Fuerza: EJC: _____ FAC: _____ ARC: _____ PONAL: _____ HOMIC: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

II, MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS:

Ambulatorio: _____ Hospitalario: _____ Urgencia (vital): _____
Tipo de Medicamento: Medicamento: _____ Vital no Disponible: _____ Magistral: _____
Tipo de Prescripción: Única: _____ Sucesiva: _____

Principio Activo en Denominación Común Internacional: _____

Concentración: _____ Forma Farmacéutica: _____ Vía Administración: _____
Dosis: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad/Mes _____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de Aplicación _____
Programa especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____

Paciente con Enfermedad Huérfana: SI _____ NO _____
¿Cual? _____

III, DIAGNOSTICO:

Diagnostico Principal _____ Código CIE 10 _____
Diagnostico Relacionado 1 _____ Código CIE 10 _____

IV, DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:

V, ALTERNATIVAS UTILIZADAS DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

1, Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
2, Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
3, Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____

La respuesta clínica negativa ha sido reportada al Comité de Farmacovigilancia: SI _____ NO _____

No existe alternativa en el Manual Único de Medicamentos del SSMP: _____

VI, CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

1, Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI: _____ NO: _____
Si existe riesgo por favor justifiquelo: _____
2, La indicación o uso previsto del medicamento está autorizado por la autoridad competente (INVIMA): SI: _____ NO: _____
3, El medicamento a prescribir se encuentra en fase experimental: SI _____ NO _____
4, Existe evidencia científica disponible sobre seguridad, Eficacia y efectividad clínica: _____
Descripción de la evidencia: _____

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

PROCEDIMIENTOS NO POS



POLICÍA NACIONAL

VII, NOTIFICACION SOBRE AUTORIZACION DE URGENCIA VITAL (Diligenciar en caso que el medicamento haya sido autorizado por Urgencia Vital),

Se aprobó por Urgencia Vital o prioridad clínica: SI _____ NO _____

Fecha en que se aprobó, _____

USP que autorizo: _____

Nombre de la USP o IPS que suministro: _____

Nombre de la USP o IPS donde se administró: _____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD: _____

El Comité NO aprobará tratamientos experimentales, Ni medicamentos prescritos para tratamientos expresamente excluidos del manual, (Resolución 2933 artículo 6o, parágrafo- POS),

Si se requiere información o documentación adicional el Comité solicitará al médico tratante, Quien debe suministrarla dentro de los dos días siguientes, (Resolución 2933 artículo 7o, literal c),

"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, Que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSSMP, Constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente, Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo, Dispositivo médico u otro servicio requerido, Ni soy representante legal, Miembro de junta directiva, Administrador y/o socio de ellas, Ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, Y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el Artículo 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas,"

Nombres y Apellidos del Médico Especialista Solicitante: _____

No. de Cédula: _____ Registro Médico: _____ Especialidad _____

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios en la que labora: _____

NOTA: Señor(a) usuario(a): Este formato tiene vigencia por el tiempo aprobado, Recuerde solicitar su cita por lo menos un mes antes del vencimiento del mismo, para ser evaluado oportunamente por el Especialista tratante,

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

FLORIDABLANCA, DIA ____ MES ____ AÑO ____

Señores.

POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de **Contratación** PN RASES N°5 Menor cuantía No. ____ **2026** cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, PROCEDIMIENTOS Y/O ATENCIONES QUIRÚRGICAS BRAQUITERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

Yo (nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una unión temporal o de un consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el representante legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (en el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de unión temporal o consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el Proceso de **Contratación** PN RASES N°5 Menor cuantía No. ____ **2026**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 5 DE LA POLICÍA NACIONAL –, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, distribuidos en los siguientes lotes:

LOTE 1:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO Y/O SOSPECHA DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SUMINISTRO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS DE USO AMBULATORIO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

LOTE 2:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN RADIOTERAPIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES, PROCEDIMIENTOS Y/O ATENCIONES QUIRÚRGICAS BRAQUITERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER (UPRES DENOR).

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

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y en el Anexo 1 “especificaciones técnicas” y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

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



2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades 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 realizar a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 5, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los pliegos de condiciones para la selección abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los pliegos de condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de las obras que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que las obras que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 5, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los pliegos de condiciones, sus anexos, sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.
8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 5, 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.
10. Reconocemos que ni los pliegos de condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
11. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al Anexo 6 "minuta del contrato" de los pliegos de condiciones y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 5, 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.