REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

GS-2021- / RASES – GRUCO – 17.2

Santiago de Cali,

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MININA CUANTIA

PN RASES4 MIC 167/2021

La Regional De Aseguramiento En Salud No. 4, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de desarrollar el objeto del presente proceso "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.",** de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

El presente proceso de contratación se adelantará por modalidad de selección de MÍNIMA CUANTÍA, según lo establecido en el artículo 274 de la Ley 1450 del 2011, 94 de la Ley 1474 del 2011 y acorde con lo estipulado en el capítulo 2 subsección 5 del Decreto 1082 de 2015 y la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional", metodología SECOP II, dispuesta por Colombia Compra Eficiente,

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

Objeto	**RESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN**

<table>
<tr><td></td><td>CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
<table>
<tr><th>CLASIFICACIÓN UNSPSC</th><th>Segmento</th><th>Familia</th><th>Clase</th></tr>
<tr><td>85101500</td><td>Servicios de Salud</td><td>Servicios integrales de salud</td><td>Centros de salud</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Presupuesto</td><td>El valor estimado para el presente proceso de contratación es de VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($25.000.000,00) moneda legal colombiana, amparados en el certificado de disponibilidad presupuestal N° 69621 del 19/11/2021, y certificado de disponibilidad presupuestal Vigencias futuras N° 790, expedidos por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, distribuidos de la siguiente manera:

PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES 2021
Resolución 001 de 01/01/2021 – DISAN
RUBRO PPTAL: Servicios para el cuidado de la salud humana
Programa: "O"
RECURSO: 16

VIGENCIA 2021: $ 5.000.000,00 M/Cte
Plan Anual de Adquisiciones: Nº 693
Fecha del Certificado: 14-10-2021

VIGENCIA 2022: $ 20.000.000,00 M/Cte
Vigencias Futuras Aprobadas mediante Comunicado Oficial No. GS-2021-025801-DISAN.
Plan Anual de Adquisiciones: Nº 693
Fecha del Certificado: 14-10-2021

<u>VALOR TOTAL: $ 25.000.000,00 M/Cte</u></td></tr>
<tr><td>Forma y plazo de ejecución</td><td>FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
La ejecución del presente proceso se hará en forma de TRACTO SUCESIVO en las condiciones, presentaciones y con las garantías exigidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 hasta agotar el presupuesto asignado al presente proceso; de acuerdo a los requerimientos y según corresponda la necesidad de los servicios asistenciales de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, según los estándares establecidos por el Ministerio de Salud en Colombia para la oportunidad en la atención. LOS OFERENTES DEBEN CEÑIRSE AL VALOR ASIGNADO SIN SOBREPASAR EL PRESUPUESTO ESTABLECIDO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 EN EL PRESENTE PROCESO.

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
El plazo de ejecución del contrato será hasta el 30 de abril de 2022, a partir de la carta de inicio de ejecución del contrato, previa aprobación de la garantía única o de la firma del contrato, o hasta agotar presupuesto, lo primero que ocurra.</td></tr>
</table>

Forma y procedimiento de adjudicación	La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará en forma TOTAL, por el presupuesto total asignado, **al menor valor ofertado;** se realizará mediante la suscripción y comunicación de aceptación de la oferta, por la Oficina de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4; con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. **Nota:** Se podrá adjudicar parcialmente, cuando dentro de las ofertas presentadas en el proceso no se oferte la totalidad de los ítems. En todo caso se tendrá en cuenta la oferta que presente el mayor número de ítems ofertados.
Lugar de prestación del servicio	El oferente deberá prestar los servicios ofertados en sus instalaciones, ubicadas en el municipio de Florida; cuando se requieran servicios de complejidad que la entidad no ofrezca en su portafolio de servicios deberá comentarlo con la Clínica Deval al teléfono 3181828 Extensión 5445 o al Establecimiento de Sanidad Policial Primario – Espri Palmira, teléfono No. 6618799 para luego remitirlo a otro nivel según lo amerite el estado de Salud del Paciente.
Forma de pago	La Regional de Aseguramiento en Salud No.4 pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, después de la prestación del servicio, en pagos parciales de acuerdo a lo facturado, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguiente a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de constancia de recibo a satisfacción, dentro de los primeros cinco (05) días del mes, acompañada de la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, así como los parafiscales del SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 4, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignará un número de radicación. En caso de que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día veinte (20) del mes los pagos se realizarán dentro de los (60) días calendarios siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. No obstante, la aprobación de los cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del objeto contractual; el oferente debe manifestar mediante documentos escrito y firmado por el representante legal que se acoge a la forma de pago establecida en la presente convocatoria. **PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS** El Contratista deberá presentar las facturas al Supervisor del Contrato en los primeros cinco (05) días hábiles del mes siguiente, quien tendrá tres (03) días para elaborar el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico, posteriormente el Contratista radica la factura con el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico RAS en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Regional de

Aseguramiento en salud No. 4, para iniciar el trámite de Auditoría de cuentas médicas y continuar con el trámite de pago respectivo.

Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

AUDITORIA DE CUENTAS: Los responsables de la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 4, tramitará a la oficina de auditoría de cuentas del Proceso Financiero, la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

TRÁMITE DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. En su artículo 57 *"Trámite de Glosas"*, cuyo texto es el siguiente:

*"**ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser

cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago."

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 -

	NIT 805-022-186-6. • Discriminado de la factura. • Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético. • Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. • Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato. • Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente. • Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes. • En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes. Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son: • Historias clínicas. • Autorizaciones. • Documento de identificación. Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación. **NOTA**: El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 9 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020". **CAUSALES DE NO PAGO** Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP. Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

	Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente. Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente. Las atenciones derivadas de un evento adverso estarán a cargo de la IPS tratante (generadora), cabe destacar que para lo anterior se surtirá previamente el debido proceso de verificación y análisis del evento adverso. Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central (el cual puede ser en el formato que el contratista maneje ajustado a lo normado). Bien o servicio para administración urgente o tutela, que este fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC-DISAN-Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrara como herramienta de mejoramiento y supervisión). Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.
Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. b. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. c. Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. d. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. e. Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación. f. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. g. Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica

	participante en el presente proceso de selección. h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos y al solicitar la justificación esta no sea coherente a la propuesta presentada. i. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. j. La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación. k. Cuando la oferta se presente en forma extemporánea o en un lugar distinto al señalado en el presente proceso. l. Cuando la propuesta sea presentada por Consorcio o Unión Temporal o cualquier tipo de sociedad futura y no se constituya el documento legal que demuestre tal condición. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	**De conformidad con el numeral 4 del Artículo 2.2.1.2.1.5.2, la Regional de Aseguramiento en Salud No 4**, revisará las ofertas económicas y verificará que la de menor precio cumple con las condiciones establecidas de la invitación. Si esta no cumple con las condiciones de la invitación, **la Regional de Aseguramiento en Salud No 4**, verificará el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mejor precio, y así sucesivamente. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP II según Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional".
Procedimiento en caso de empate a menor precio	De conformidad con el Artículo 2.2.1.2.1.5.2. Procedimiento para la contratación de mínima cuantía del Decreto 1082 de 2015, la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden (RECEPCION DE OFERTAS) de entrega de las mismas.

Información de aceptación de la oferta	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.
Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	Las contenidas en el Anexo No. 2 de la presente Invitación.

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta en la página Colombia compra eficiente SECOP II

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al formulario No. 1 firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Diligenciamiento del anexo 1 especificaciones técnicas mínimas.
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.
- ✓ Certificado del Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
- ✓ Certificado de los antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ Certificado de los antecedentes Medidas correctivas Policía Nacional.
- ✓ Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal. En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal.
- ✓ Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario.
- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (diligenciar formulario N° 2 adjunto)
- ✓ Compromiso anticorrupción de acuerdo con el Formulario No. 3, suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Origen Lícito de Recursos: El proponente mediante documento escrito deberá manifestar expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio del proponente, y de cada uno de sus integrantes (cuando sea el caso) que empleará para el desarrollo del contrato, provienen de actividades lícitas.
- ✓ CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD. (diligenciar el formulario 6, adjunto al presente documento).

ECONÓMICOS

- ✓ **Oferta Económica:** La oferta económica deberá ajustarse conforme a la clase de oferta señalada en el **Anexo No. 4 adjunto,** el cual se evaluará con el mayor porcentaje de descuento ofrecido.

- ✓ **Sostenibilidad de Precio:** El oferente deberá manifestar la sostenibilidad de los precios durante la vigencia del contrato (diligenciar el Formulario Nº 5 adjunto).

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Entrega de propuestas	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Publicación para Observaciones y Presentación de Documentos Habilitantes	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Notificación de aceptación de oferta.	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II

NOTA 1: La validez de la oferta será de ciento veinte (120) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

NOTA 2: De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

NOTA 3: se informa a los oferentes que en caso de presentarse una falla con la plataforma SECOP II, la entidad establece como medio de notificación el correo electrónico deval.rases-con@policia.gov.co dichos mecanismos de comunicación solo serán atendidos previo cumplimiento y en atención a las disposiciones emitidas por Colombia Compra Eficiente en el "Protocolo de Indisponibilidad del SECOP II".

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO.

La supervisión del contrato estará a cargo del Jefe del Establecimiento de Sanidad Policial Primario Palmira, o quien haga sus veces, o a quien con posterioridad designe el Ordenador del Gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a las funciones asignadas para el efecto, en la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014, Resolución 00090 del 15 de enero de 2018, el Instructivo No. 0024 DISAN-ASJUR del 27 de marzo de 2009, las obligaciones contenidas en los artículos 82, 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.

"DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES 80/1993, 134/1994, 850/2003 Y DECRETO 1082 DE 2015, SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL".

Atentamente,

LA POLICÍA NACIONAL

Coronel **HECTOR ALEJANDRO SANCHEZ TORRES**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4

Proyectado por: SI. DANIELA JARAMILLO TABORDA
Analista de Contratos Raes No 4
Revisado por: TE. GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA
Jefe Grupo Contratos Rases No 4
Revisado por: CT. YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Administrativa Raes No 4
Revisado por: CPS SULY AIDE CORTES GRAJALES
Abogada Esp. Asuntos Jurídicos
Aprobado por: IT. DIEGO FERNANDO CARDONA ORTIZ
Jefe Asuntos Jurídicos

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

PROPONENTE

_____

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

b. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS HABILITANTES

ITEM	CUPS	URGENCIAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		
2	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		
3	S20000	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA		
4	S22101	SALA DE CURACIONES, INCLUYE: UTILIZACION DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FISICA Y LA DOTACION BASICA, SEGUN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES, EXCLUYE: SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) (S2.3.)		
5	S22104	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS, INCLUYE: UTILIZACION DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FISICA Y LA DOTACION BASICA, SEGUN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES, EXCLUYE: SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) (S2.3.)		

	CUPS	SERVICIOS DE TRASLADO TRANSPORTE DE PACIENTES AMBULANCIA	CUMPLE	NO CUMPLE
6	601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE PRIMARIO		
7	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (FLORIDA - CALI)		
	CUPS	**HOSPITALIZACION**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
8	10B001	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)		
9	10B002	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL		
10	10B004	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS		
	CUPS	**CONSULTA EXTERNA E INTERCONSULTA Y PROCEDIMIENTOS**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
11	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL		
12	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA		
13	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA		
14	890363	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		
15	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
16	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
17	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA		
18	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		
19	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL +		
20	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA		
21	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA		
22	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL		
23	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL		
24	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA		
25	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA		
26	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA		
27	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA		
28	839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD		
29	992300	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD		
30	839700	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD, EXCLUYE: EXTRACCION POR ARTROTOMIA DE CUERPOS EXTRAÑOS O MATERIAL DE SUTURA DE ARTICULACION (80.0. - 80.0.9.) O EXTRACCION NO QUIRURGICA (98.2.)		
31	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)		
32	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO		
33	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)		
34	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE		

35	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)		
36	935400	APLICACIÓN DE FÉRULA SOD		
37	936800	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA SOD		
38	862701	ONICECTOMIA		
39	939402	NEBULIZACION		
40	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL, INCLUYE: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS		
41	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL		
42	937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD		
43	965901	LAVADO IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL		
44	965902	LAVADO IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL		
45	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS		
46	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES		
47	976500	EXTRACCIÓN Y/O REEMPLAZO DE SONDA URETRAL SOD		
48	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD		
49	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD		
50	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL		
51	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA		
52	982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA		
53	982700	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD		
54	982800	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD		
55	982900	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD		
56	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD		
57	970200	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD		
58	971100	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD		
59	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD		
60	971600	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA SOD		
61	972300	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD		
	CUPS	**AYUDA DIAGNOSTICA Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
62	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		
63	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO		
	CUPS	**EXÁMENES DE RADIOLOGÍA (ESPECIAL Y CONVENCIONAL) MAMOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
64	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]		

65	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		
66	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO		
67	873205	RADIOGRAFIA DE CODO		
68	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA		
69	873210	RADIOGRAFIA DE MANO		
70	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)		
71	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)		
72	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)		
73	873432	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE AP Y OBLICUA		
74	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO		
75	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO		
76	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		
77	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL		
78	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL		
79	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL		
80	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL		
81	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)		
82	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]		
83	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL		
84	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS		
85	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)		
86	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS		
87	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA		
88	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)		
89	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES		
90	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)		
91	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA		
92	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		
93	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR		
94	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO		
95	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES		
96	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR		
97	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR		
98	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS		
99	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS		
100	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES		
101	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)		
102	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE		

103	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO		
104	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS		
105	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS		
106	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		
107	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO		
108	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]		
109	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL		
110	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL		
111	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA		
112	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		
113	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		
114	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		
115	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL		
116	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A.ó A.P.y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS ó LATERAL CON BARIO)		
117	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON		
118	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		
119	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE		
120	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)		
	CUPS	**EXÁMENES DE ECOGRAFIA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
121	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		
122	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER		
123	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL		
124	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		
125	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		
126	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA		
127	881331	ECOGRAFIA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES		
128	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)		
129	881340	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)		
130	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)		
131	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
132	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
133	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
134	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
135	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		
136	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		

137	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
138	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO		
139	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA		
140	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA		
141	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
142	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)		
143	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL		
144	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)		
145	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL		
146	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)		
147	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER		
	CUPS		**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
148	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		
149	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO		
150	882132	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO		
151	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES		
152	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES		
153	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES		
154	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES		
155	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE		
156	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES		
157	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS		
158	882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS		
	CUPS		**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
159	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO		
160	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO		
161	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR FLUOROMETRIA		
162	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 H		
163	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL		
164	903801	ACIDO URICO		
165	905201	ACIDO VALPROICO		
166	903803	ALBUMINA		
167	906602	ALFA FETOPROTEINA [AFP] SERICA		
168	903805	AMILASA		
169	903602	AMONIO		
170	904501	ANDROSTENEDIONA		

171	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)		
172	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO]		
173	906440	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR EIA		
174	906441	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR IFI		
175	906442	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR RIA		
176	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETECCION [RASTREO O RAI] POR MICROTECNICA		
177	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm		
178	906001	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA		
179	906002	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR TITULACION		
180	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA]		
181	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3]		
182	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125]		
183	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9]		
184	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACCION LIBRE		
185	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]		
186	906304	ANTIGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]		
187	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES		
188	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS		
189	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA *		
190	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA		
191	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
192	903603	CALCIO ABSORCION ATOMICA		
193	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRIA		
194	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL		
195	903810	CALCIO POR COLORIMETRIA		
196	903005	CALCULO RENAL, ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
197	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO [TIBC]		
198	905205	CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES		
199	906408	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig G POR EIA		
200	906409	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig M POR EIA		
201	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H		
202	902101	CELULAS L.E.		
203	906411	CELULAS PARIETALES, ANTICUERPOS		
204	906205	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA		
205	906206	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA		
206	903813	CLORO [CLORURO]		
207	903814	CLORO [CLORURO] EN ORINA DE 24 H		
208	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL		

209	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]		
210	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLOGICO DIRECTO		
211	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO		
212	903818	COLESTEROL TOTAL		
213	903420	COLINESTERASA SERICA [SEUDOCOLINESTERASA]		
214	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA		
215	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
216	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA		
217	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
218	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA		
219	906905	COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR IDR		
220	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA		
221	906907	COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR IDR		
222	911010	COOMBS DIRECTO, CUALITATIVO POR TUBO		
223	901206	COPROCULTIVO		
224	907002	COPROLOGICO		
225	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION		
226	907004	COPROSCOPICO		
227	904805	CORTISOL		
228	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H		
229	901207	Corynebacterium difteriae, CULTIVO		
230	903820	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR METODO INMUNOLOGICO		
231	903819	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR ESPECTOFOTOMETRIA		
232	903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK		
233	903822	CREATINA		
234	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS		
235	903823	CREATININA DEPURACION		
236	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 H		
237	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL		
238	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
239	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA		
240	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA		
241	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES *		
242	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA		
243	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4]		
244	906207	Dengue, ANTICUERPOS Ig G		
245	906208	Dengue, ANTICUERPOS Ig M		
246	906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES		

247	907109	DENSIDAD URINARIA		
248	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA [HBDH]		
249	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]		
250	906418	DNA n, ANTICUERPOS POR IFI		
251	906417	DNA n, ANTICUERPOS POR EIA		
252	905727	DROGAS DE ABUSO NCOC		
253	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA		
254	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ALCALINO		
255	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ACIDO		
256	902219	RECUENTO DE EOSINOFILO EN MOCO NASAL POR COLORACION DE HAN		
257	906212	Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig G [CAPSULA EB-VCA-G] POR EIA		
258	906215	Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig M [CAPSULA EB-VCA-M] POR EIA		
259	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		
260	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]		
261	904503	ESTRADIOL		
262	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA		
263	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF)		
264	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL		
265	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		
266	898005	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL		
267	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		
268	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA		
269	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA		
270	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]		
271	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA		
272	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LATEX		
273	906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA		
274	906814	FAGOCITOSIS, ESTUDIO		
275	903016	FERRITINA		
276	903830	FOSFATASA ACIDA		
277	903833	FOSFATASA ALCALINA		
278	903836	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H		
279	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL		
280	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]		
281	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS]		
282	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]		
283	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		

284	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA		
285	903840	GLUCOSA EN ORINA		
286	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
287	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA		
288	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
289	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]		
290	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN		
291	904508	GONADOTROPINA CORIONICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		
292	906625	GONADOTROPINA CORIONICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]		
293	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]		
294	906023	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig G		
295	902211	HEMATOCRITO		
296	911018	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN PLACA		
297	911017	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR POR MICROTECNICA		
298	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO		
299	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh [FACTOR D] POR MICROTECNICA		
300	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO		
301	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO		
302	902213	HEMOGLOBINA		
303	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES		
304	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFIA DE COLUMNA		
305	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL		
306	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO		
307	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO		
308	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
309	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA		
310	902215	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA		
311	906218	Hepatitis A, ANTICUERPOS Ig M [ANTI HVA-M]		
312	906219	Hepatitis A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA]		
313	906220	Hepatitis B, ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M]		
314	906221	Hepatitis B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] &		
315	906222	Hepatitis B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBe]		

316	906223	Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs]		
317	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] &		
318	906318	Hepatitis B, ANTIGENO e [Ag HBe]		
319	906225	Hepatitis C, ANTICUERPO [ANTI-HVC] &		
320	906226	Hepatitis delta, ANTICUERPOS [ANTI-HVD]		
321	906228	Herpes I, ANTICUERPOS Ig G		
322	906229	Herpes I, ANTICUERPOS Ig M		
323	906230	Herpes II, ANTICUERPOS Ig G		
324	906231	Herpes II, ANTICUERPOS Ig M		
325	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA		
326	903846	HIERRO TOTAL		
327	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA [ACTH]		
328	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA		
329	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]		
330	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL		
331	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE		
332	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]		
333	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]		
334	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA		
335	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA [PARATOHORMONA PTH]		
336	906827	INMUNOGLOBULINA A [IgA] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA		
337	906826	INMUNOGLOBULINA A [IgA] CUANTITATIVA POR IDR		
338	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR RIA		
339	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST]		
340	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR EIA		
341	906829	INMUNOGLOBULINA G [IgG] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA		
342	906828	INMUNOGLOBULINA G [IgG] CUANTITATIVA POR IDR		
343	906832	INMUNOGLOBULINA M [IgM] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA		
344	906831	INMUNOGLOBULINA M [IgM] CUANTITATIVA POR IDR		
345	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO		
346	906030	Leptospira, ANTICUERPOS Ig M		
347	901311	Leptospira, SEROTIPIFICACION		
348	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
349	903847	LIPASA		
350	903848	LIQUIDO AMNIOTICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS, TEST DE CLEMENS Y CREATININA]		
351	905312	LITIO POR FOTOMETRIA DE LLAMA		
352	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL		
353	903854	MAGNESIO		
354	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, CULTIVO		

355	903027	MICROALBUMINURIA POR NEFELOMETRIA		
356	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA		
357	903028	MICROALBUMINURIA POR RIA		
358	906436	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR EIA		
359	906437	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IFI		
360	906438	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IHA		
361	901230	Mycobacterium tuberculosis, CULTIVO		
362	903856	NITROGENO UREICO [BUN]		
363	903857	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H		
364	907007	OXIUROS, IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]		
365	904706	PEPTIDO C		
366	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 H		
367	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL		
368	903859	POTASIO		
369	904510	PROGESTERONA		
370	904108	PROLACTINA [BASAL]		
371	904109	PROLACTINA [MEZCLA DE TRES MUESTRAS]		
372	906913	PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION		
373	906914	PROTEINA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA		
374	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA/GLOBULINA]		
375	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 H		
376	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL		
377	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS		
378	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]		
379	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)		
380	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)		
381	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)		
382	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)		
383	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)		
384	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)		
385	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)		
386	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
387	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
388	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)		
389	906915	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &		

390	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA		
391	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO AUTOMATICO		
392	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL		
393	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO		
394	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS, METODO MANUAL		
395	902041	RETRACCION DE COAGULO		
396	906241	Rubeola, ANTICUERPOS Ig G POR EIA		
397	906242	Rubeola, ANTICUERPOS Ig G POR RIA		
398	906243	Rubeola, ANTICUERPOS Ig M POR EIA		
399	906244	Rubeola, ANTICUERPOS Ig M POR RIA		
400	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		
401	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA		
402	906455	Scl 70, ANTI ESCLERODERMA, ANTICUERPOS POR EIA		
403	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		
404	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL		
405	903864	SODIO		
406	904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATOMEDINA C]		
407	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)		
408	904601	TESTOSTERONA LIBRE		
409	904602	TESTOSTERONA TOTAL		
410	902043	TIEMPO DE COAGULACION		
411	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]		
412	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]		
413	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO		
414	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]		
415	904920	TIROGLOBULINA		
416	906457	TIROIDEOS COLOIDALES, ANTICUERPOS		
417	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR EIA		
418	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IFI		
419	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IHA		
420	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR EIA		
421	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IFI		
422	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]		
423	904922	TIROXINA TOTAL [T4]		
424	906128	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI		
425	906127	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA		
426	906130	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR IFI		
427	906129	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA		
428	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]		
429	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO		

		TRANSFERASA [TGP-ALT] *		
430	903046	TRANSFERRINA POR NEFELOMETRIA		
431	903045	TRANSFERRINA POR IDR		
432	906039	Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)		
433	903868	TRIGLICERIDOS		
434	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]		
435	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]		
436	903436	TROPONINA I, CUALITATIVA		
437	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA		
438	903438	TROPONINA T, CUALITATIVA		
439	903439	TROPONINA T, CUANTITATIVA		
440	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]		
441	903869	UREA		
442	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA		
443	901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]		
444	901237	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]		
445	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]		
446	906247	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G		
447	906248	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M		
448	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &		
449	906250	VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOTTING O EQUIVALENTE		
450	903703	VITAMINA B 12		
451	903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES

No	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** Se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres (3) años en actividades iguales o similares con el objeto del presente proceso. La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del proceso y a su valor; para lo cual presentará **certificaciones de contratos ejecutados o en ejecución con empresas públicas o privadas, nacionales o extranjeras.** La certificación debe contener la experiencia de forma directa e individual o a través de la participación en proponentes plurales, cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea mayor o igual (≥) que 50% del presupuesto oficial asignado en el proceso. **PRESUPUESTO OFICIAL** | **≥ 50% EN PESOS**		

	\$ 25.000.000 | \$ 12.500.000 Las certificaciones deben contener la siguiente información: Objeto del contrato; N° del contrato; Valor; Plazo; Fechas de inicio y finalización del contrato; Cumplimiento; Nombre y NIT del contratante y del contratista **Nota:** Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.		
2	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Se debe Garantizar que el 100% del personal profesional y técnico que prestará los servicios en la entidad a contratar posea la capacitación e idoneidad requerida de acuerdo a las normas vigentes y la experiencia necesaria para la prestación de los servicios y procedimientos que se soliciten; para lo cual el representante legal de la empresa deberá anexar junto a la oferta una certificación y listado del personal profesional e idóneo que ejercerá labor en la parte de la salud para la atención del subsistema de salud de la Policía Nacional en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 - Unidad Prestadora de Salud Valle de Cauca, Espri Palmira.		
3	**EXPERIENCIA** El Oferente deberá acreditar como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, lo cual se podrá verificar en el Certificado de Existencia y Representación de la cámara de comercio. Igualmente deberá presentar el certificado de inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007. **Anexar registro junto a la oferta.**		
4	**Experiencia del personal** El proponente deberá certificar por escrito que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos		
5	**Capacidad operativa** El proponente debe contar con suficiencia para la atención de los usuarios, en cuanto a recurso humano, equipos acordes a la necesidad del usuario, instalaciones de fácil acceso de los usuarios y en excelentes condiciones de funcionamiento, en todo caso contar con la debida capacidad para atender la demanda de el Establecimiento de Sanidad Policial Primario – Espri Palmira conforme al objeto del presente estudio. **Anexar certificación junto a la oferta.**		
6	**Habilitacion de servicios** El oferente deberá tener inscritos todos los servicios requeridos en el presente proceso en el Formulario de Inscripción del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con anterioridad a la publicación de la invitación. En caso de no tener la inscripción, se considerará que la propuesta no cumple técnicamente. **Anexar certificación junto a la oferta.**		
7	**Coordinador del contrato** El proponente deberá designar un empleado con poder de decisión para la canalización y resolución de todos aquellos aspectos relacionados con la atención a los usuarios durante la ejecución del contrato que se llegue a realizar, quien		

	estará en permanente comunicación con el supervisor del contrato.		
8	El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional presentando los siguientes documentos: ➢ Documento de identidad original a la Vista ➢ Orden de servicio autorizada por la Unidad Prestadora De Salud Valle Del Cauca Formato de Referencia y contra referencia diligenciado		
9	La entidad debe verificar que la orden de servicio este diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado y por último la firma y el sello del profesional. Cuando se trate de medicamentos o procedimientos no contemplados en el plan de beneficios, el profesional deberá utilizar y diligenciar los formatos de Comité técnico Científico (CTC) de la Policía Nacional, establecidos para tal fin con el objetivo de agilizar la autorización de los mismos.		
10	El Contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato a través del SUPERVISOR DEL CONTRATO		
11	El servicio debe ser prestado bajo responsabilidad de la entidad contratada, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 incluyendo **LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO O COMPLICACIÓN NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE,** De esta manera se define que la atención de eventos adversos generados durante el manejo del paciente correrá a cargo del contratista una vez el caso sea verificado por el equipo de auditores de las dos entidades.		
12	Los oferentes se obligaran a seguir los lineamientos estipulados y vigentes que definen la relación entre prestadores de Salud, decreto 4747 de diciembre de 2007, Resolución 3047 del 14 de agosto de 2008 y demás normas que la modifiquen y/o sustituyan.		
13	Permitir a los funcionarios designados por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4, efectuar todas aquellas actividades de auditoría conducentes a supervisar la ejecución del contrato.		
14	El contratista debe acreditar la aplicación de protocolos actualizados aceptados en salud para el manejo de los pacientes, incluidos los de seguridad del paciente, manejos de eventos adversos y todos los demás necesarios para la atención.		
15	El talento humano científico técnico del oferente deberá reunir los requisitos definidos por el Decreto 1335 / 90 del Ministerio de Salud en cuanto a su idoneidad. **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE PERMITIRÁ** la participación en la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de **ESTUDIANTES EN FORMACIÓN.**		
16	**EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,** salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de Urgencia o Urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos previa autorización de la oficina de referencia.		
17	El CONTRATISTA deberá prestar los servicios de acuerdo al Plan Integral de Salud de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional ACUERDO 002 PLAN DE		

	SERVICIOS en todos sus aspectos; los que se encuentren fuera de este acuerdo previa autorización del Comité Técnico Científico y los que son solicitados mediante Acción judicial.		
18	El oferente deberá informar al supervisor de contrato de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento de ejecución.		
19	Aquellos servicios con que cuente el proveedor y que siendo incluidos en su portafolio de servicios no hayan sido incluidos en la contratación, ni notificados previamente por escrito al contratante, requerirá el aval por parte del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente (Decreto 780 de 2016).		
20	Contar con los protocolos de bioseguridad preventivos y procedimentales para la atención de COVID como patología prevalente en la actualidad aprobado por su respectiva ARL		
21	Otros servicios en Salud: El oferente debe contar con el servicio de ambulancia básica.		
22	La oportunidad deberá ajustarse a los indicadores formulados por la Superintendencia Nacional de Salud.		
23	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de medicina especializada y de iimagenología, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.		

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES VERIFICABLES

Lineamientos para la implementación del SG-SST que se deben cumplir

ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
2	Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.		
3	Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y		

	Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST y/o la actualización según la circular 063 del 2020.		
4	Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.		
5	Presentar junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos.		

Firma Representante Legal _____
C.C. N° _____

ANEXO No. 2

TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

N o	clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento: Probabilidad	Impacto después del tratamiento: Impacto	Impacto después del tratamiento: Valoración del riesgo	Impacto después del tratamiento: Categoría	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión: ¿Cómo se realiza el monitoreo?	Monitoreo y revisión: Periodicidad ¿Cuándo?
1	Especifico	Externo	Precontractual	**Riesgos Operacionales:** Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos, procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes	Que el contratista no firme el contrato.	Afectación grave de la salud de los usuarios, desgaste y pérdida de recursos administrativos; generación de la demanda insatisfecha	3	3	6	Transferir el riesgo	Contratista	Elaboración de brochure que contenga la información del tipo de contratación con las obligaciones que se derivan con la firma del contrato	1	2	3	Riesgo bajo	No	Talento Humano, Oficina de Contratos, Referencia, Clínica Regional	Previo a la realización de cada contrato	Previo a la formalización del contrato	Con la firma de recibido del brochure con lo cual adquiere el compromiso	Permanente
2	General	Externo	Ejecución	**Riesgos Regulatorios:** Derivados de cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato.	Que no se presenten las garantías requeridas para la legalización del Proceso de Contratación o que su presentación sea tardía.	Afectación grave de la salud de los usuarios, desgaste y pérdida de recursos administrativos; generación de la demanda insatisfecha	1	1	2	Transferir el riesgo	Contratista	Exigencia en el cumplimiento de los términos acordados para la formalización del contrato	1	1	2	Riesgo bajo	No	Oficina de Contratos	Previo a la firma del acta de inicio del contrato	Una vez se vencidos los términos establecidos para la presentación de las garantías que amparan los riesgos	Mediante llamadas telefónica, correo electrónico, pin o whatsapp	Permanente

4	3
Especifico	Especifico
Externo	Externo
Ejecución	Ejecución
Riesgos Operacionales: Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos, procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes.	**Riesgos Operacionales:** Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos, procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes.
Terminación anormal del contrato	Incumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato
Afectación grave de la salud de los usuarios, desgaste y pérdida de recursos administrativos; generación de la demanda insatisfecha	Afectación grave de la salud de los usuarios, desgaste y perdida de recursos administrativos; generación de la demanda insatisfecha
2	3
3	4
5	7
Riesgo medio	Reducir la probabilidad de la ocurrencia del evento
Contratista	Las partes
Requerimientos recordando obligaciones contraídas	Agotamiento del debido proceso para imposición de multas; utilización de los mecanismos alternativos de solución de conflictos; aplicación de las clausulas exorbitantes.
1	2
2	3
3	5
Riesgo Bajo	Riesgo medio
si	Si
Supervisor del contrato	Supervisor, contratos, jurídica y ordenador del gasto
Inmediatamente detectada la novedad	Inmediatamente detectada la novedad
Una vez el contratista informe sobre la decisión de no continuar con la ejecución el contrato	Respetando los términos del debido proceso
Con entrevista al contratista para conocer los motivos de su decisión	Agotando las instancias que ordena el debido proceso
inmediato	Con los tiempos que el ordenamiento legal vigente permita

6	5
General	Especifico
Externo	Externo
Precontractual	Ejecución
Riesgos Sociales o Políticos: Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios en las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato	**Riesgos de la Naturaleza:** Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana
Ilegalidad de la documentación presentada para la selección del contratista	Terminación anormal del contrato por muerte del contratista
Obstrucción al proceso de selección; genera un reproceso	Afectación grave de la salud de los usuarios, desgaste y pérdida de recursos administrativos; generación de la demanda insatisfecha
1	2
1	3
2	5
Evitar el Riesgo, para lo cual debo decidir no proceder con la actividad que causa el Riesgo	Riesgo medio
Proceso de selección	No Aplica
Denunciar el ilícito ante la autoridad competente	Terminación del contrato por sustracción de materia; reintegro de presupuesto e inicia nuevo proceso de contratación
1	1
1	2
2	3
Riesgo Bajo	Riesgo Bajo
No	No
Proceso de selección (Talento Humano)	Supervisor del contrato
Inmediatamente detectada la novedad	Inmediatamente ocurre la novedad
Inmediatamente detectada la novedad	Una vez sea informada la novedad
No Aplica	No Aplica
No Aplica	No Aplica

8	7
General	Especifico
Externo	Externo
Pos contractual	Contractual
Riesgos Financieros: Son (i) el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato, y (ii) el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazos, tasas, garantías, contragarantías, y refinanciaciones, entre otros.	**Riesgos Operacionales:** Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos, procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnico
Imposibilidad de ubicación del contratista para la firma de la liquidación del contrato, cuando existe saldo presupuestal	Suspensión del contrato
Impacta el cumplimiento del rango de ejecución presupuestal	Paralización de la ejecución contractual; afectación grave al servicio; genera un reproceso administrativo con afectación a la programación presupuestal; limitación a la obtención de las metas de la entidad; afectación a la productividad
2	3
2	4
4	7
Aceptar y reducir el riesgo	Aceptar y reducir el riesgo
Contratista	Contratista
Emplazamiento / Proyección del acta de liquidación al momento de terminación del contrato	Tener un plan contingencia, ejemplo : reprogramación de macro agenda; contar un supernumerario o adelantar un nuevo proceso de selección; informar a la entidad aseguradora, reintegro presupuestal no ejecutable
1	1
1	2
2	3
Riesgo Bajo	Riesgo Bajo
No	Si
Supervisor	Supervisor, talento humano y ordenador del gasto
Una vez terminada la ejecución del contrato o dentro de los términos otorgados por la ley (4 meses)	Puede ser inmediato o Depende del evento
Una vez vencidos los términos de ley	Una vez se restituya el contratista o cuando se termine el contrato
Verificando el estado del contrato por los diferentes sistemas de información internos	Teniendo en cuenta el rango de ejecución del contrato, para establecer la mitigación del riesgo
cada que se termine un contrato	inmediato

TABLA CONPES

Tabla de estimación de riesgos previsibles CONPES 3714 de 2011*

*La metodología de estimación de los riesgos que se ilustra a continuación es una propuesta que realizó la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Mnisterio de Hacienda y Crédito Público; sin embargo, esta Dirección no asume responsabilidad alguna en la estimación de los riesgos, la cual es una obligación legal que cada entidad tiene a su cargo de conformidad con el Artículo 4° de la Ley 1150 de 2007.

Número de riesgos a estimar	8
Valor del contrato	$ 25.000.000,00
Total estimación del riesgo	$ 1.250.000,00

Riesgo General	Observaciones	Probabilidad	Impacto	Estimación	Participación
Operacionales	Que el contratista no firme el contrato.	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%
Regulatorio	Que no se presenten las garantías requeridas para la legalización del Proceso de Contratación o que su presentación sea tardía.	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%
Operacionales	Incumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%
Operacionales	Terminación anormal del contrato	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%
De la naturaleza	Terminación anormal del contrato por muerte del contratista	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%
Sociales o Políticos	Ilegalidad de la documentación presentada para la selección del contratista	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%
Operacionales	Suspensión del contrato	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%
Financiero	Imposibilidad de ubicación del contratista para la firma de la liquidación del contrato, cuando existe saldo presupuestal	Bajo	Bajo	$ 156.250,00	12,50%

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

La definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos, se efectuaron dentro de los términos definidos en la sección 3, subsección 1 del Decreto 1082 de 2015, así:

GARANTIAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 1 AÑO MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	RESPONSABILIDAD CIVIL DE CLÍNICAS Y HOSPITALES	DOSCIENTOS SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (200 SMLMV)	CONTRATISTA	VIGENTE MINIMO POR EL TÉRMINO DE EJECUCION DEL CONTRATO	AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE. EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR EN DEBIDA FORMA Y APORTAR AL (GRUPO O EQUIPO) DE CONTRATOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, LA GARANTÍA ÚNICA – RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES Y CANCELAR LOS PAGOS A QUE HUBIERE LUGAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICA Y HOSPITALES ÚNICAMENTE PUEDE SER AMPARADA MEDIANTE PÓLIZA DE SEGURO. ESTA OBLIGACIÓN SE ENTIENDE PRESTADA CON LA PRESENTACIÓN DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTE DEL CONTRATISTA; SIN EMBARGO, DEBE INFORMAR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO A LA ASEGURADORA, QUIEN DEBE GENERAR ANEXO MODIFICATORIO A LA REFERIDA PÓLIZA, QUE INCLUYA EL AMPARO EXPRESO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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

ANEXO 3

VALORES TECHO DE REFERENCIA PARA LA PROPUESTA ECONOMICA

Este anexo es de carácter informativo y no debe ser modificado ni diligenciado por los oferentes.

ITEM	CUPS	URGENCIAS	VALOR UNITARIO ESTIMADO
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	53.730
2	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	52.020
3	S20000	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA	61.560
4	S22101	SALA DE CURACIONES, INCLUYE: UTILIZACION DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FISICA Y LA DOTACION BASICA, SEGUN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES, EXCLUYE: SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) (S2.3.)	19.350
5	S22104	SALA BASICA DE PROCEDIMIENTOS, INCLUYE: UTILIZACION DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FISICA Y LA DOTACION BASICA, SEGUN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES, EXCLUYE: SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) (S2.3.)	63.270
	CUPS	**SERVICIOS DE TRASLADO TRANSPORTE DE PACIENTES AMBULANCIA**	**PRECIO**
6	601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE PRIMARIO	292.600
7	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (FLORIDA - CALI)	289.400
	CUPS	**HOSPITALIZACION**	**PRECIO**
8	10B001	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	171.720
9	10B002	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	161.190
10	10B004	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS	120.060
	CUPS	**CONSULTA EXTERNA E INTERCONSULTA Y PROCEDIMIENTOS**	**PRECIO**
11	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	326.70
12	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	47.160
13	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	47.160
14	890363	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	47.160
15	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	47.160
16	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	47.160
17	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	23.670
18	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	46.080
19	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL +	47.160
20	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	38.430
21	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	47.160
22	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	20.970
23	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL	22.320

24	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	22.320
25	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	20.970
26	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	20.970
27	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	22.860
28	839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD	17.730
29	992300	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD	17.730
30	839700	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD, EXCLUYE: EXTRACCION POR ARTROTOMIA DE CUERPOS EXTRAÑOS O MATERIAL DE SUTURA DE ARTICULACION (80.0. - 80.0.9.) O EXTRACCION NO QUIRURGICA (98.2.)	17.730
31	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	51.210
32	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	51.210
33	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	51.210
34	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	51.210
35	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	101.700
36	935400	APLICACIÓN DE FÉRULA SOD	95.940
37	936800	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA SOD	391.140
38	862701	ONICECTOMIA	330.840
39	939402	NEBULIZACION	13.590
40	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL, INCLUYE: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS	20.970
41	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	23.300
42	937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD	20.970
43	965901	LAVADO IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	19.350
44	965902	LAVADO IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	19.350
45	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	22.860
46	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	22.860
47	976500	EXTRACCIÓN Y/O REEMPLAZO DE SONDA URETRAL SOD	28.350
48	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	330.840
49	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	55.350
50	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	55.350
51	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	59.400
52	982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	59.400
53	982700	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD	377.910
54	982800	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	377.910
55	982900	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	377.910

56	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	133.740
57	970200	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD	133.740
58	971100	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	51.210
59	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	51.210
60	971600	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA SOD	18.720
61	972300	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD	51.210
	CUPS	**AYUDA DIAGNOSTICA Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS**	**PRECIO**
62	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	44.730
63	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	24.570
	CUPS	**EXAMENES DE RADIOLOGÍA (ESPECIAL Y CONVENCIONAL) MAMOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**	**PRECIO**
64	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	46.080
65	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	46.080
66	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	46.080
67	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	46.080
68	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	46.080
69	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	46.080
70	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	46.080
71	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	46.080
72	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	46.080
73	873432	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE AP Y OBLICUA	46.080
74	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	59.670
75	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	59.670
76	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	59.670
77	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	59.670
78	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL	59.670
79	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	59.670
80	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL	59.670
81	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	59.670
82	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]	59.400
83	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	70.560
84	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	50.670
85	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	50.670
86	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	59.670
87	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	27.000

88	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	59.670
89	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	27.000
90	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	24.300
91	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	59.670
92	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	94.050
93	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	59.670
94	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	59.670
95	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	59.670
96	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	59.670
97	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	59.670
98	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	59.670
99	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	59.670
100	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	59.670
101	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	59.670
102	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	67.320
103	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	59.670
104	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	77.130
105	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	77.130
106	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	68.940
107	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	68.940
108	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	81.450
109	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	75.510
110	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	75.510
111	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	73.890
112	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	73.890
113	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	92.160
114	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	71.640
115	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	65.430
116	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A.ó A.P.y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS ó LATERAL CON BARIO)	65.430
117	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	59.130
118	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	59.130
119	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	76.320
120	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	101.430
	CUPS	**EXÁMENES DE ECOGRAFIA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**	**PRECIO**

121	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	71.640
122	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	106.020
123	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	87.480
124	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	112.050
125	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	112.050
126	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	106.020
127	881331	ECOGRAFIA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	106.020
128	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)	168.210
129	881340	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)	106.020
130	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)	211.770
131	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.990
132	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.990
133	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.990
134	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.990
135	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	108.990
136	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.990
137	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	114.480
138	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	114.480
139	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	114.480
140	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	114.480
141	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	115.020
142	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)	168.210
143	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	92.430
144	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	128.340
145	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	128.340
146	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	112.050
147	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	147.420
	CUPS	**DOPPLER DUPPLEX**	**PRECIO**
148	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	344.250
149	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	344.250
150	882132	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO	344.250
151	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	344.250
152	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	344.250
153	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	138.690

154	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	344.250
155	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	138.690
156	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	138.690
157	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	344.250
158	882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS	344.250
	CUPS	**LABORATORIO CLINICO**	**PRECIO**
159	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	58.050
160	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO	39.510
161	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR FLUOROMETRIA	39.510
162	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 H	15.300
163	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	15.300
164	903801	ACIDO URICO	15.300
165	905201	ACIDO VALPROICO	57.240
166	903803	ALBUMINA	9.270
167	906602	ALFA FETOPROTEINA [AFP] SERICA	76.590
168	903805	AMILASA	17.730
169	903602	AMONIO	35.460
170	904501	ANDROSTENEDIONA	115.830
171	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	28.350
172	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO]	63.270
173	906440	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR EIA	64.890
174	906441	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR IFI	64.890
175	906442	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR RIA	64.890
176	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETECCION [RASTREO O RAI] POR MICROTECNICA	36.810
177	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm	138.420
178	906001	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	38.430
179	906002	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR TITULACION	38.430
180	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA]	115.830
181	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3]	174.420
182	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125]	140.130
183	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9]	140.130
184	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACCION LIBRE	141.210
185	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]	141.210
186	906304	ANTIGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]	36.810

187	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	10.080
188	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	15.840
189	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA *	15.840
190	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA	64.080
191	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	9.540
192	903603	CALCIO ABSORCION ATOMICA	19.350
193	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRIA	19.350
194	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	19.350
195	903810	CALCIO POR COLORIMETRIA	19.350
196	903005	CALCULO RENAL, ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	68.940
197	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO [TIBC]	38.430
198	905205	CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES	85.050
199	906408	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig G POR EIA	101.430
200	906409	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig M POR EIA	101.430
201	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	36.000
202	902101	CELULAS L.E.	23.670
203	906411	CELULAS PARIETALES, ANTICUERPOS	64.620
204	906205	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA	60.480
205	906206	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA	60.480
206	903813	CLORO [CLORURO]	10.350
207	903814	CLORO [CLORURO] EN ORINA DE 24 H	10.350
208	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	10.350
209	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	22.860
210	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLOGICO DIRECTO	27.000
211	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	27.000
212	903818	COLESTEROL TOTAL	27.810
213	903420	COLINESTERASA SERICA [SEUDOCOLINESTERASA]	36.810
214	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	15.840
215	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	32.130
216	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA	32.130
217	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	11.700
218	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	92.970
219	906905	COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR IDR	92.970
220	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	92.970

221	906907	COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR IDR	92.970
222	911010	COOMBS DIRECTO, CUALITATIVO POR TUBO	16.920
223	901206	COPROCULTIVO	72.270
224	907002	COPROLOGICO	9.000
225	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	13.590
226	907004	COPROSCOPICO	35.460
227	904805	CORTISOL	64.620
228	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H	64.620
229	901207	Corynebacterium difteriae, CULTIVO	36.810
230	903820	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR METODO INMUNOLOGICO	50.670
231	903819	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR ESPECTOFOTOMETRIA	29.430
232	903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK	20.970
233	903822	CREATINA	15.300
234	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	13.050
235	903823	CREATININA DEPURACION	20.970
236	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 H	13.050
237	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	13.050
238	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	13.050
239	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	9.270
240	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA	60.480
241	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES *	53.460
242	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	106.020
243	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA -DHEA-SO4]	83.160
244	906207	Dengue, ANTICUERPOS Ig G	96.750
245	906208	Dengue, ANTICUERPOS Ig M	197.370
246	906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES	197.370
247	907109	DENSIDAD URINARIA	14.490
248	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA [HBDH]	56.160
249	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	16.110
250	906418	DNA n, ANTICUERPOS POR IFI	69.750
251	906417	DNA n, ANTICUERPOS POR EIA	69.750
252	905727	DROGAS DE ABUSO NCOC	85.050
253	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	460.890
254	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ALCALINO	90.720

255	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ACIDO	90.720
256	902219	RECUENTO DE EOSINOFILO EN MOCO NASAL POR COLORACION DE HAN	14.490
257	906212	Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig G [CAPSULA EB-VCA-G] POR EIA	84.510
258	906215	Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig M [CAPSULA EB-VCA-M] POR EIA	84.510
259	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	5.220
260	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	5.220
261	904503	ESTRADIOL	74.700
262	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	96.750
263	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF)	57.240
264	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	26.190
265	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	111.510
266	898005	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	26.190
267	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	147.960
268	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	22.860
269	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	11.700
270	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	13.050
271	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA	8.190
272	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LATEX	15.030
273	906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	23.670
274	906814	FAGOCITOSIS, ESTUDIO	18.540
275	903016	FERRITINA	52.020
276	903830	FOSFATASA ACIDA	19.350
277	903833	FOSFATASA ALCALINA	16.650
278	903836	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H	18.270
279	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL	18.270
280	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	18.270
281	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS]	20.700
282	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]	27.810
283	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	50.670
284	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA	62.730
285	903840	GLUCOSA EN ORINA	9.270
286	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	13.590
287	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	34.650
288	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	34.650

289	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	13.590
290	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	34.650
291	904508	GONADOTROPINA CORIONICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	44.190
292	906625	GONADOTROPINA CORIONICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]	49.860
293	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	19.350
294	906023	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig G	265.500
295	902211	HEMATOCRITO	4.050
296	911018	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN PLACA	11.970
297	911017	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR POR MICROTECNICA	11.970
298	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	21.510
299	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh [FACTOR D] POR MICROTECNICA	21.510
300	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO	64.620
301	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO	64.620
302	902213	HEMOGLOBINA	8.460
303	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	49.860
304	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFIA DE COLUMNA	49.860
305	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL	22.590
306	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	22.590
307	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO	22.590
308	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	22.590
309	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	11.700
310	902215	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	11.700
311	906218	Hepatitis A, ANTICUERPOS Ig M [ANTI HVA-M]	80.370
312	906219	Hepatitis A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA]	98.370
313	906220	Hepatitis B, ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M]	98.370
314	906221	Hepatitis B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] &	98.370
315	906222	Hepatitis B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBe]	98.370
316	906223	Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs]	98.370
317	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] &	98.370
318	906318	Hepatitis B, ANTIGENO e [Ag HBe]	98.370
319	906225	Hepatitis C, ANTICUERPO [ANTI-HVC] &	110.700
320	906226	Hepatitis delta, ANTICUERPOS [ANTI-HVD]	80.370

321	906228	Herpes I, ANTICUERPOS Ig G	86.670
322	906229	Herpes I, ANTICUERPOS Ig M	86.670
323	906230	Herpes II, ANTICUERPOS Ig G	86.670
324	906231	Herpes II, ANTICUERPOS Ig M	86.670
325	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	83.160
326	903846	HIERRO TOTAL	38.430
327	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA [ACTH]	61.830
328	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA	83.700
329	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	71.640
330	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL	67.320
331	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	71.640
332	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]	83.160
333	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	95.130
334	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	106.020
335	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA [PARATOHORMONA PTH]	106.020
336	906827	INMUNOGLOBULINA A [IgA] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	46.080
337	906826	INMUNOGLOBULINA A [IgA] CUANTITATIVA POR IDR	46.080
338	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR RIA	57.780
339	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST]	68.940
340	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR EIA	57.780
341	906829	INMUNOGLOBULINA G [IgG] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	46.080
342	906828	INMUNOGLOBULINA G [IgG] CUANTITATIVA POR IDR	46.080
343	906832	INMUNOGLOBULINA M [IgM] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	46.080
344	906831	INMUNOGLOBULINA M [IgM] CUANTITATIVA POR IDR	46.080
345	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	15.300
346	906030	Leptospira, ANTICUERPOS Ig M	32.940
347	901311	Leptospira, SEROTIPIFICACION	32.940
348	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	115.830
349	903847	LIPASA	34.920
350	903848	LIQUIDO AMNIOTICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS, TEST DE CLEMENS Y CREATININA]	48.510
351	905312	LITIO POR FOTOMETRIA DE LLAMA	22.590
352	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	20.970
353	903854	MAGNESIO	20.970
354	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, CULTIVO	65.430

355	903027	MICROALBUMINURIA POR NEFELOMETRIA	41.400
356	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA	41.400
357	903028	MICROALBUMINURIA POR RIA	41.400
358	906436	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR EIA	46.080
359	906437	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IFI	46.080
360	906438	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IHA	46.080
361	901230	Mycobacterium tuberculosis, CULTIVO	65.430
362	903856	NITROGENO UREICO [BUN]	10.890
363	903857	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H	10.890
364	907007	OXIUROS, IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	10.890
365	904706	PEPTIDO C	129.150
366	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 H	32.400
367	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	32.400
368	903859	POTASIO	32.400
369	904510	PROGESTERONA	76.590
370	904108	PROLACTINA [BASAL]	73.890
371	904109	PROLACTINA [MEZCLA DE TRES MUESTRAS]	73.890
372	906913	PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	46.080
373	906914	PROTEINA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	13.590
374	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA/GLOBULINA]	57.780
375	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 H	10.350
376	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	10.350
377	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	9.270
378	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	10.080
379	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	62.730
380	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	62.730
381	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	62.730
382	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	62.730
383	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	62.730
384	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	62.730
385	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	62.730
386	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	62.730
387	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	62.730
388	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60	62.730

		120 180 240 300 Y 360)	
389	906915	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	14.490
390	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	14.490
391	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO AUTOMATICO	9.270
392	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL	9.270
393	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO	14.490
394	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS, METODO MANUAL	14.490
395	902041	RETRACCION DE COAGULO	14.490
396	906241	Rubeola, ANTICUERPOS Ig G POR EIA	75.240
397	906242	Rubeola, ANTICUERPOS Ig G POR RIA	75.240
398	906243	Rubeola, ANTICUERPOS Ig M POR EIA	79.020
399	906244	Rubeola, ANTICUERPOS Ig M POR RIA	79.020
400	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	6.840
401	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	81.450
402	906455	Scl 70, ANTI ESCLERODERMA, ANTICUERPOS POR EIA	104.130
403	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	26.730
404	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	26.730
405	903864	SODIO	26.730
406	904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATOMEDINA C]	135.990
407	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	34.650
408	904601	TESTOSTERONA LIBRE	78.210
409	904602	TESTOSTERONA TOTAL	71.640
410	902043	TIEMPO DE COAGULACION	13.320
411	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	32.940
412	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	5.760
413	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	5.760
414	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	32.130
415	904920	TIROGLOBULINA	66.510
416	906457	TIROIDEOS COLOIDALES, ANTICUERPOS	58.050
417	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR EIA	67.050
418	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IFI	67.050
419	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IHA	67.050
420	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR EIA	67.050
421	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IFI	67.050

422	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	54.540
423	904922	TIROXINA TOTAL [T4]	53.730
424	906128	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI	83.160
425	906127	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA	83.160
426	906130	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR IFI	83.160
427	906129	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA	83.160
428	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	23.670
429	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	23.670
430	903046	TRANSFERRINA POR NEFELOMETRIA	81.450
431	903045	TRANSFERRINA POR IDR	81.450
432	906039	Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)	90.180
433	903868	TRIGLICERIDOS	15.300
434	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	53.460
435	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	53.460
436	903436	TROPONINA I, CUALITATIVA	69.750
437	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA	69.750
438	903438	TROPONINA T, CUALITATIVA	69.750
439	903439	TROPONINA T, CUANTITATIVA	69.750
440	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	32.130
441	903869	UREA	11.970
442	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	14.490
443	901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	59.670
444	901237	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]	59.670
445	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	59.670
446	906247	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G	43.020
447	906248	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M	43.020
448	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &	78.210
449	906250	VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOTTING O EQUIVALENTE	380.250
450	903703	VITAMINA B 12	119.970
451	903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	119.970

ANEXO 4

OFERTA ECONOMICA

Se solicita a los oferentes diligenciar únicamente los datos del oferente y el porcentaje de descuento, en caso que el oferente lo quiera ofrecer, el cual será aplicado por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 a cada uno de los valores unitarios estimados.

El suscrito _____, obrando en nombre y representación de _____, de conformidad con lo establecido en el estudio previo del presente proceso de contratación adelantado por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 de la Policía Nacional, por medio de la presente, oferto de forma irrevocable y como único porcentaje de descuento que se aplicará a todos los ítems que conforman el **Anexo No. 3 (Valores Techos De Referencia Para La Propuesta Económica)**, para la celebración del contrato que es objeto el presente proceso, el porcentaje que se describe a continuación:

ITEM	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO VIGENCIA 2021	PRESUPUESTO VIGENCIA 2022	PRESUPUESTO TOTAL	% DE DESCUENTO OFERTADO
1	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.**	**$5.000.000,00**	**$20.000.000,00**	**$25.000.000,00**	____%

Notas aclaratorias:

1. Los precios ofertados deben incluir el IVA y no pueden superar el VALOR ESTIMADO establecido por la DIRECCION DE SANIDAD – POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4, como presupuesto para cada uno de los ITEMS.
2. Los precios ofrecidos se constituirán en los precios de referencia para la Prestación de los servicios y serán los precios que se manejen durante toda la ejecución del contrato.
3. En caso de no otorgar porcentaje único descuento o que el descuento sea equivalente al 0%, se entenderá que su oferta se ajusta a la tarifa o valor techo establecido.
4. La adjudicación se hará por el valor del presupuesto oficial asignado, al proponente que cumpla con todas las condiciones establecidas dentro del proceso.

NOMBRE PROPONENTE: _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

CC: _____

FIRMA_____

FORMULARIO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía PN RASES4 MIC 167/2021 cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA".**

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 Mínima Cuantía No. **PN RASES4 MIC 167/2021**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.",** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación 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 objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación 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 la invitación 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 ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
5. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICIA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.
6. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono(s): Fax
8. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
9. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
10. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso, se inicia a partir de generada el acta de inicio y la aprobación de la garantía única (si se solicita) y por un tiempo de _____ o hasta agotar el presupuesto, en todo caso lo primero que ocurra.
11. Que la vigencia de la presente oferta es por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la presentación de la misma.
12. Que el valor del descuento de nuestra propuesta es por _____ % (porcentaje de descuento).
13. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

_____

(Firma del representante legal)

FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

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

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)
_____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante. y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 adelanta un proceso de Selección Abreviada para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de Selección Abreviada aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. 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,

1.2. 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;

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

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4, 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;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de Selección Abreviada.

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:

(Nombre, número del documento de identificación y firma del proponente o su representante)

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL (CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL), A TRAVÈS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES.

FORMULARIO No. 4

COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional Referencia:

Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es "XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX".

El (los) suscrito (s) a saber (**nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente**) domiciliado en (**domicilio de la persona firmante**), identificado con (**documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición**), quien obra en calidad de (**representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica**), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta (n) su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a los establecido en título 4, capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo", así mismo, que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo. Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.

NOMBRE DEL OFERENTE _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Cédula de ciudadanía o NIT) _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

FORMULARIO No. 5

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Santiago de Cali,

Señores

POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

Cali.

La empresa _____ identificada con NIT. Nº _____ nos comprometemos a sostener los precios ofertados dentro del proceso de mínima cuantía PN RASES4 MIC 167/2021, cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.", durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir.

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMULARIO No. 6

CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del futuro contrato o convenio, en caso de ser adjudicatario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que tanto mi persona como la empresa a la cual represento no nos encontramos incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de la Ley 734 de 2002 ,*"por la cual se expide el Código Disciplinario Único"*, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004, que establece: *"Falso testimonio". El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años".*

Cordialmente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____