REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

No GS-2023 - GS-2023-020129-DEGUA DEGUA / UPRES-JEFAT 17.2

Soledad, 09 de marzo del 2023

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 028 2023

LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, 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 brindar la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN D EL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAJIRA, 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, de conformidad con lo establecido en el artículo 94 de la Ley 1474 de 2011, reglamentado por el Decreto 1082 de 2015 en los artículos 2.2.1.2.1.5.1. modificado por la ley 2069 DE 2020 y reglamentada por el Decreto 1860 del 24 de diciembre del 2021, artículo 5 del Decreto 142 de 2023 y siguientes, y además de la Resolución 03049 de 2014 de la Policía Nacional, teniendo en cuenta que la necesidad a satisfacer se cuantificó en un valor que se encuentra dentro de la clase de mínima cuantía para la contratación, y que el servicio a contratar presenta características complejas y que cualquier empresa está en condiciones de suministrarlos cumpliendo las especificaciones técnicas requeridas por la Unidad Prestador de Salud Guajira.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.
Presupuesto	El valor estimado de la contratación es la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS $ 100.000.000,00 M/CTE,** vigencia 2023.
Apropiación Presupuestal	Amparado Mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal C.D.P # SIIF No. 36223 y SFI No. 126 del 09 de marzo del 2023, expedidos por la Oficina de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8.
Plazo de ejecución	El plazo de ejecución del contrato será a partir del acta de inicio hasta el 31 de de octubre del 2023 y/o hasta agotar presupuesto, lo primero que ocurra.

Lugar de prestación del servicio	Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones se realizarán en las Instalaciones propias del oferente o en las instalaciones de los Prestadores subcontratados por el oferente.
Forma de pago	El pago se realizará en moneda legal colombiana, teniendo en cuenta la cantidad de facturas radicadas en la oficina de central cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, junto a la certificación de pago de parafiscales, los cuales debe tener fecha igual o posterior a la de presentación de las facturas, para realizar el pago dentro de los 60 días calendario siguientes, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC), no obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual. La presentación de la facturación se debe realizar con los debidos soportes establecido en la Resolución 3047 de 2008 incluyendo los RIPS validados, o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, presentando junto con las facturas, la información estadística mensual en un archivo en Excel, impreso y en medio magnético. Así mismo adjunto a la facturación mensual el contratista deberá presentar en medio magnético en archivo Excel, una planilla que contenga el siguiente orden: Número de factura, Fecha de la Factura y fecha de atención, Nombre del Paciente, Número de Identificación, Edad, Procedimiento realizado. El cual debe venir en medio magnético e impreso. (La presente planilla hace parte integral de la factura). Los antecedentes para los pagos corresponden a las facturas con sus soportes que serán denominados como unidades documentales, CD con los RIPS en sobre y marcados, certificación de pagos parafiscales, listado denominado Relación de Factura en Excel de usuarios atendidos, los cuales serán entregados en la oficina de radicación de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira para su trámite de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC). Se presentarán los documentos organizados cronológicamente por unidades documentales que corresponden a una factura con sus soportes que se escribirá Factura No 000000 Servicios usuario XXXXXXX XXXX XXXX (unidad documental corresponde a factura y sus soportes en orden: autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo GEINF -solo se recibe la ORIGINAL-, documento de identidad -de acuerdo a la edad del usuario cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil de nacimiento- en fotocopia legible, - en fotocopia legible, tamaño carta, Orden de Prestación de servicios -orden médica- original, las unidades documentales debidamente foliadas -corresponde a la numeración consecutiva en el vértice superior derecho en color lápiz negro en letra legible hasta un máximo de doscientos cincuenta folios (250)- y legajadas en tamaño oficio, con ganchos plásticos, en carpetas yute color marrón con máximo de 250 folios, hoja de control debidamente diligenciada de acuerdo al formato: 1GD-FR-0007, caja de cartón para archivar No. 12 -200 con medidas de (21 cm de ancho x 40.5 cm de largo y 26 cm de alto) dando cumplimiento a la ley general de archivo, LEY 594 DE 2000). La organización de los documentos en la carpeta yute será la siguiente: 1. Hoja de control 2. Factura (as) relacionadas con las unidades documentales (ya descrito antes) 3. CD con los RIPS en sobre y marcados 4. Certificación de pagos parafiscales 5. Relación de factura (en Excel de usuarios atendidos) 6. Relación de usuarios atendidos en Excel.

Ejemplo:

FECHA	TIPO DOCUMENTAL	FOLIO (S)
(día/mes/año)	Factura No 00000 Servicios usuario XXXXX XXXX XXXXX	1-9
	CD con los RIPS	10
	Certificación de pagos parafiscales	11
	Cuadro de relación de facturas	12
	Cuadro de auditoria medica	13

CUADRO DE RELACIÓN DE FACTURAS					
(NOMBRE DE LA EMPRESA)					
No. Radicación	Fecha Radicación	Procedimiento	Diagnostico	Edad	Clasificación de la enfermedad (laboral, general)
	(día/mes/año)	XXXXX	XXXX	XX años	XXXX

CUADRO DE AUDITORIA MEDICA									
No de factura	Fecha de factura	Fecha de atención	Nombre del paciente	Identi ficación	Proce dimiento	Diagnos tico	VR facturado	Edad	clasificación de la enfermedad (laboral, general)

NOTA: Si se factura con única factura, deberá describir: procedimiento y consulta, con valores; relacionando paciente y cada uno con valores.

1.1.1 DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O CONDICIONES PARA PRESENTAR LA FACTURA:

- La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnética) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días calendarios del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:
- Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada 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 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, con datos del paciente y valor, legajada tamaño oficio, con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja con lapicero negro máximo hasta 250 folios, hoja de control debidamente diligenciada de código 1GD-FR-0007, en carpetas de yute color marrón y caja de cartón para archivar No. 12 -200 con medidas de (21 cm de ancho x 40.5 cm de largo y 26 cm de alto), para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias,
- La organización de los documentos en la carpeta yute será la siguiente: hoja de control, Factura, si es única debe traer costo por paciente y servicio, listado en Excel

de usuarios atendidos, unidades documentales, (unidad documental corresponde a autorización por referencia, orden médica, documento de identidad e historia clínica), certificación de pagos parafiscales, cuadro de relación de facturas y CD con los RIPS en sobre y marcado, esto corresponde a la unidad documental.

- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones "Consulta Médica Especializada primera vez (890202)" y "Consulta Médica Especializada control (890302)" el detalle sobre qué tipo de consulta es. (Ej.: Otorrinolaringología, Cirugía General, Dermatología, Oftalmología)
- 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 días (30) posteriores a la prestación de los servicios.
- El Contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.
- Se debe adjuntar la hoja de gastos de administración de medicamentos, materiales o insumos especiales y costos, en caso de requerirse para el examen o procedimiento, y se adjuntará a la factura de venta de aquellos dispositivos, materiales e insumos que se utilicen.
- Certificado de aportes parafiscales expedido por el representante legal o Revisor Fiscal y/o planilla de consulta de autoliquidación de los aportes diligenciada escribiendo los datos denominada unidad documental y demás documentos que correspondan (listado en Excel, CD, factura, certificación de pagos para fiscales, certificación bancaria)
- Aprobación de garantía, esta debe amparar el total de la fecha de ejecución del contrato.
- Registro presupuestal vigente al contrato.

1.1.2 AUDITORIA DE CUENTAS

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el Responsable de la Ventanilla Única – Central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

1.1.2.1 OBJECIONES Y GLOSAS

Para los conceptos de facturación que no tengan objeción, se dará trámite para pago. En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

1.1.2.2 CONCILIACIÓN DE GLOSAS

- En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para

conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

- Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Unidad Prestadora de Salud Guajira se realizará en segunda instancia apoyándose en el Grupo de Auditoría Médica de la Regional 8 o Seccional de Sanidad Atlántico y posteriormente en tercera instancia con el grupo de auditoría médica de la DISAN.
- El contratista asistirá a las conciliaciones en las fechas establecidas por auditoria y ese día se cumplirá ley de archivo para el caso de facturas que continúen para pago como glosas conciliadas.

1.1.2.3 PARA EL PAGO

- Mecanismos y forma pago de los servicios prestados por la IPS. (De conformidad con la normatividad vigente para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional). Tener en cuenta los cupos de PAC autorizados por el Tesoro Nacional y que en ningún momento la aprobación de cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del contrato.
- Formato de Beneficiario Cuenta vigente (Declaración de la cuenta bancaria activa) con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.

NOTA: La entidad contratada podrá prestar los servicios médicos autorizados por comité técnico científico "CTC", por parte de nivel central, así mismo los servicios autorizados por TUTELAS, siempre y cuando estos servicios estén autorizados por la oficina de referencia y contrareferencia o la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Guajira y el supervisor del contrato y serán cancelados con recurso propios del contrato.

- En el caso de generarse glosas, el contratista deberá aportar la carpeta yute color marrón, para dar trámite a los pagos de glosas y a esto se aplicará ley de archivo como está establecido en la FORMA DE PAGO.

1.1.2.4 Causales de no pago:

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de la oficina de las autorizaciones del Unidad Prestadora de Salud Guajira.
- Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la Unidad de Salud Policial, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008.
- Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.
- Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.
- Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.
- La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

	• Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico "CTC" DISAN y aprobado por esa instancia del nivel central. • Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico "CTC" DISAN (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el Comité Técnico Científico "CTC", obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago) Las contempladas en la Resolución 3047 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINISTERIO DE PROTECCIÓN 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 obtenida 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 al proponente 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 estos no se puedan justificar por el oferente. **i.** Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j.** Cuando la oferta supere el valor asignado a un ítem del presente proceso. **k.** La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación. **l.** La NO prestación de todos los servicios en la ciudad de Riohacha legalmente habilitados. **NOTA 1:** En caso de presentarse problemas de conectividad con la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II dentro de las cuatro horas antes a la fecha de límite para la presentación de las ofertas, el proponente deberá seguir el Protocolo de indisponibilidad emitido por la entidad Colombia Compra Eficiente: – Tomar pantallazos, fotografías o captura de pantalla donde se evidencie fecha, hora y mensaje de error o inconveniente con la plataforma, y deberá enviar un mensaje al correo electrónico degua.upres@policia.gov.co manifestando esta situación. ***Debe hacerlo estrictamente antes de la fecha de cierre. De lo contrario su oferta no será tenida en cuenta*** – Tomar contacto con la entidad Colombia Compra Eficiente – SECOP II al número 018000520808 y solicitar el respectivo Certificado de indisponibilidad.

	– Se recomienda consultar el Protocolo de Indisponibilidad del SECOP II publicado en la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA 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 expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	Al momento de la presentación de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con propuesta económica de menor valor hasta la de mayor valor. La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor valor, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor valor y así sucesivamente. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto en los términos establecidos en el Decreto 1082 del 2015, y demás normas complementarias.
Procedimiento en caso de empate a menor precio	De conformidad con el DECRETO 1860 DEL 24 DE DICIEMBRE DEL 2021 - ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.17. Factores de desempate y acreditación
Información de aceptación de la oferta	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – 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 02 de la presente Invitación

Multas y Cláusula Penal Pecuniaria	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la POLICÍA NACIONAL – LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, la Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **1. GARANTÍA ÚNICA:** **a). CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** por el 20% del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **b). CALIDAD DEL SERVICIO:** por el cincuenta por ciento (50%) del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **c) PRESTACIONES SOCIALES:** 5% del valor de la aceptación de la oferta Vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y tres (03) años más. **d) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** por DOSCIENTOS (200) SMMLV PARA CONTRATOS CUYO VALOR SEA INFERIOR O IGUAL A MIL QUINIENTOS (1.500) SMMLV. NUMERAL 1 DEL ART. 2.2.1.2.3.1.17 DEL DECRETO 1082 DE 2015, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **2. MULTAS.** En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables a la **CONTRATISTA** –salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1º de la Ley 95 de 1890– las partes acuerdan que LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 **– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** mediante acto administrativo, afectará a la **CONTRATISTA** con multas, siguiendo el procedimiento establecido en la Resolución 04122 del 15 de noviembre de 2011 DIPON, cuyo valor se liquidará con base en el CERO PUNTO CINCO por ciento (0,5%) del valor dejado de entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario. En caso de incumplimiento no valorable en días, se impondrá una multa de hasta el CINCO por ciento (5%) del valor del contrato, dependiendo de la gravedad del incumplimiento evaluada por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 **– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** Esta sanción se impondrá conforme a la ley. **b) MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN:** Cuando la **CONTRATISTA** no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única, en caso de existir, y/o alguno de los requisitos de legalización, LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 **– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** podrá mediante acto administrativo afectar a la **CONTRATISTA** con multa, cuyo valor se liquidará con base en un CERO PUNTO DOS por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días. **c) PENAL PECUNIARIA**. - En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, la **CONTRATISTA** pagará a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 **– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al VEINTE por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el

	literal a) del presente artículo. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause a la **NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**. No obstante LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**– UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato. ***PARÁGRAFO PRIMERO:*** El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el numeral 2 del Capítulo VIII de la Resolución No. 03049 del 30/07/2014 *por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*, modificada parcialmente por la Resolución No. 00090 del 15/01/2018. ***PARÁGRAFO SEGUNDO.*** **APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, la **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que la **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor de la **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva.

2. REQUISITOS MÍNIMOS

Los proponentes deberán presentar su oferta con los siguientes documentos:

a) Carta de Presentación de acuerdo al Formulario No. 1 *Carta de Presentación de la Propuesta* de este documento firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).

b) Diligenciamiento del Anexo No. 1 *Especificaciones Técnicas Mínimas* de este documento.

c) Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o registro mercantil para personas naturales, expedido(s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes, contado a partir de la fecha de cierre del proceso.

d) Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente

e) Certificado de Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

f) Certificado de Antecedentes Judiciales del oferente o su representante legal.

g) Certificado de Antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.

h) 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.

i) Copia del Registro Único Tributario.

j) Certificación Bancaria reciente.

k) Diligenciamiento del Formulario No. 2 *Datos Básicos Beneficiario Cuenta* de este documento.

l) Diligenciamiento del Formulario No. 3 *Compromiso Anticorrupción* de este documento, suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).

m) Certificación del representante legal y de la entidad, de no tener comparendos pendientes por pagar y que están a paz y salvo según el artículo 183. Consecuencias por el no pago multas, literal 4, Ley 1801 de 29/07/2016 Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana

n) Diligenciamiento del Formulario No. 4 *Certificado de No Inhabilidad e Incompatibilidad* de este documento, suscrito por el (persona natural o representante legal de la persona jurídica).

o) Los oferentes deberán presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación V4.0 (Resolución 2003 de 26/05/2014 del Ministerio de la Protección Social o la que se está aplicando de acuerdo a la fecha).

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 14-03-2023 Hora : 10:00 horas
Publicación de los estudios previos	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 14-03-2023 Hora : 10:00 horas
Observación a la invitación	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co **desde:** Fecha: 14-03-2023 Hora : 10:00 horas **Hasta:** Fecha: 16-03-2023 Hora : 10:00 horas
Presentación de ofertas	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 17-03-2023 Hora : 18:00 horas
Aperturas de sobres	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 17-03-2023 Hora : 18:05 horas
Informe de presentación de las ofertas	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 17-03-2023 Hora : 18:10 horas
Publicación de informe de evaluación de las ofertas	Fecha: 20-03-2023 Hora : 18:00 horas
Presentación Observaciones al informe de evaluación	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Hasta : Fecha: 21-03-2023 Hora : 18:00 horas
Aceptación de oferta	Lugar: COLOMBIA COMPRA EFICIENTE (SECOP II) www.colombiacompra.gov.co Fecha: 24-03-2023 Hora : 18:00 horas
Plazo de validez de la oferta	60 DIAS

NOTA 3: La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

NOTA 4: Todos los plazos del proceso contractual podrán ser prorrogados antes de su vencimiento, cuando las necesidades de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA así lo exijan. Cuando se trate del término de expedición de ADENDAS, se observará lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015. Y se publicara en el expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II hasta el día hábil anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será quien mediante acto administrativo ordene el Ordenador del Gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15/01/2018.

Atentamente,

Mayor **GUSTAVO ADOLFO VENEGAS VELASQUEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento No. 8 (E)

Elaborado por: Capitan STEFANY GRETS CAMARGO YIMEL
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Subintendente AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán MICHAEL ALEXANDER PUELLO BENITOREBOLLO
Jefe de Contratos RASES No 8
Revisado por: Intendente Jefe SEHENIN JOSE ALIAN GARCIA
Asesor Jurídico RASES No 8
Revisado por: Capitán RAUL ALBERTO RAMIREZ RAMIREZ
Jefe Administrativo y Financiero RASES No 8
Fecha de Elaboración: 09/03/2023
Ubicación D :///Minima Cuantia/ MIC 028 Laboratorio

Calle 15 con carrera 7, esquina
Teléfonos 3505545849
dequa upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Humana

ANEXO. No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar 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. (Deberá presentar los documentos que sean necesarios para acreditar tales condiciones técnicas).

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

FIRMA DEL 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.

LOTE	ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
	1	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos iguales o similares al presente proceso contractual ejecutados en los, cuya suma supere el setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar certificaciones o copias de contratos (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante		
	2	**EXPERIENCIA** Para cumplimiento de lo anterior, el proponente deberá presentar certificación firmada por el representante legal, garantizando textualmente el cumplimiento de los anteriores parámetros y, adicional a ello, anexar listado en formato Excel del personal dispuesto para cubrir el servicio ofertado con los siguientes datos: nombres y apellidos completos, numero de cedula de ciudadanía, profesión y especialidad o subespecialidad, número del registro de inscripción departamental ante la Secretaría de Salud, número de tarjeta profesional, título de formación universitaria y/o técnica, nombre de la entidad educativa. En caso de tener contratados profesionales colombianos o extranjeros que hayan obtenido un título expedido por instituciones de países con los cuales Colombia tenga o no celebrado		

		tratados o convenios sobre equivalencia de títulos, deberá homologar ante la entidad competente y presentar estos documentos en la oferta. **Experiencia del Personal:** El tiempo de práctica del personal en la realización de funciones con responsabilidades específicas o relacionadas requeridas debe ser mínimo 12 meses. La cual deberá ser anexada como constancias dentro del proceso. (MEDIANTE CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL). **Nivel de Educación o Nivel Académico:** Educación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación. Asociada a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados. El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar como mínimo con profesionales de la salud en las áreas afines a las interesadas en participar, por lo anterior deberá presentar certificación firmada por el representante legal, donde conste la disponibilidad permanente durante la ejecución del contrato del siguiente personal así: Las entidades interesadas en participar en el presente proceso de contratación, debe ofertar como mínimo 03 profesionales en Bacteriología y 03 técnicos y/o tecnólogos en laboratorio, 01 recepcionista o secretaria quien se encargará de recepcionar la documentación y atender a nuestros usuarios. **NOTA 1**: De igual forma deberá ANEXAR las hojas de vida debidamente diligenciadas y firmadas por el personal profesional y técnico que participarán en la prestación del servicio dentro la futura contratación. **NOTA 2:** Anexar fotocopia del Certificado de Convalidación de títulos si los estudios se realizaron en el exterior **NOTA 3:** El oferente que no anexe la totalidad de los soportes del recurso humano NO CUMPLE		
	2	**OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO** Si el oferente cuenta con oficina de atención al usuario que en forma permanente atienda los requerimientos y solicitudes. El oferente debe presentar hoja de vida de la persona encargada anexando los teléfonos de contacto, y líneas de atención para todos los servicios.		
	2	**PERSONA ENLACE** El oferente tiene que informar en su oferta la persona enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato. Nombre: _____ Teléfonos: _____ Correo electrónico _____		
	3	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD** El oferente debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: **ÍTEM** | **DETALLE** | **HORAS PARA LA ATENCIÓN** | **MARQUE CON UNA "X" su oferta** | **PUNTUACIÓN** 1 | Por Atención | 0 hasta 1 | | Cumple 2 | Por Atención | 1 hasta 2 | | Cumple 3 | Por Atención | De 2 en adelante | | No Cumple		
	4	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD** El oferente debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada:		

		ÍTEM / **DETALLE** / **HORAS PARA LA ATENCIÓN** / **MARQUE CON UNA "X" su oferta** / **PUNTUACIÓN**				
		1 / Por Atención / 0 hasta 1 /		Cumple		
		2 / Por Atención / 1 hasta 2 /		Cumple		
		3 / Por Atención / De 2 en adelante /		No Cumple		
	5	**DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** El oferente deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 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", y deberá presentar: 1. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) o firmado por Responsable de SST y Empleador 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.** Certificado de asignación responsable de SST para el diseño y ejecución del Sistema de Gestión de SST de acuerdo a la resolución 0312 del 2019 según el nivel de riesgo y número de trabajadores como lo dispone la resolución 0312, anexando los documentos de soporte tales como: Certificado de asignación de responsable del SGSST de la empresa, título de acuerdo al nivel de formación según perfil de la resolución para tamaño de empresa y nivel de riesgo (tecnólogo, profesional o especialista, licencia de prestación de servicios en SST y certificado de curso del SGSST de 50 Horas.				
	6	**CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA** Las entidades interesadas en presentar oferta en el presente proceso de contratación tendrán que demostrar mediante documentos escritos que harán parte integral de la oferta donde se especifique la capacidad instalada, equipos con tecnología no superior a cinco años, recurso humano con el fin de identificar las mejores condiciones requeridas por la Institución. (Diligenciar el *ANEXO No. 9 CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA* de este documento)				
	7	La entidad debe contar con las siguientes condiciones técnicas y anexar los documentos que confirmen dichas condiciones, y en caso de que alguna de ellas durante la vigencia del futuro contrato o durante la ejecución del futuro contrato se surtiera el vencimiento de ellos, debe aportarse a la carpeta del contrato la renovación.: • Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. • Certificado de Habilitación expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales designados para tal fin. • Formulario de inscripción de Novedades de servicios ofertados • Modelo de prestación de servicios de salud. • Proceso de atención al usuario • Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2023				

OTRAS CONDICIONES ADICIONALES PARA TENER EN CUENTA:

• Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el Acuerdo No. 002 por el cual se establece el Plan de Servicios De Sanidad Militar y Policial.

• Prestar en forma continua y permanente de lunes a sábado los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite y certifiquen su derecho presentando documento de identidad y carné de servicios.

- Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación, y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres.
- Realizar los trámites de legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes al día de la adjudicación.
- Prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten y certifiquen mediante AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS expedida por la oficina de referencia.
- Presentar la facturación los primeros cinco (05) día siguiente del mes en que prestó el servicio con los debidos soportes de acuerdo a la normatividad que rige los Registro Información de Prestación según resolución (RIPS) 03374 del 200 y la ley 1122 de 2007 en el artículo 44 párrafo 12, ley 1438 del 2011 en el artículo 112,114 de la resolución 1531 del 2014.
- Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que formule el Comando de Policía Guajira a través de la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Guajira.
- En caso de tener contratos profesionales con colombianos o extranjeros que hayan obtenido u obtengan título equivalente expedido por instituciones de países con los cuales Colombia tenga o no celebrado tratados o convenios sobre equivalencia de títulos, deberá homologar ante la entidad competente y presentar estos documentos en la oferta.
- Prestar los servicios, de laboratorio clínico de acuerdo a lo establecido en plan de beneficios en el Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001 del consejo superior de la fuerza militares y Policía Nacional.
- El contratista debe solicitar por escrito cualquier cambio a las condiciones establecidas en el contrato durante el tiempo de ejecución del mismo y esperar autorización por el comando de departamento que dando plasmado en el contrato.
- Son requisitos para la atención:
- Autorización expedida por la oficina de referencia, documento de identidad (de acuerdo a la edad del usuario)
- En el caso de los servicios de Laboratorio, serán sujetos al procedimiento de Auditoria medica por parte del auditor medico ya sea de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, de la Regional 8 o la DISAN en caso de no contar con el personal de esta unidad.
- Enviar diariamente las solicitudes de exámenes de laboratorio y realización de procedimientos que requieran orden adicional en las primeras 24 horas después de solicitarlos. En ningún momento esta responsabilidad se delegará al usuario, sino que la institución deberá garantizar el envío de estos documentos, así como la recepción de las órdenes de servicios. Así mismo la institución no podrá exigir al usuario fotocopias de documentos de identidad o carné de servicios y se hará responsable de la realización de las mismas para soportes de la facturación, de acuerdo a la normatividad vigente.
- En todos los casos una vez atendido el usuario mensual se enviará una contra referencia a la jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, que incluya (los datos de los resultados de los exámenes de los usuarios) fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores en archivo Excel impreso bajo medidas de seguridad de confidencialidad.
- Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes.
- Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por Autorizaciones debidamente diligenciada en original, firmada por el médico o el funcionario de la Oficina de Referencia y Contra referencia, orden del médico tratante, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, Y VIGENTE A LA FECHA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.
- El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira o sus fines.
- Cualquier cambio en las condiciones técnicas que surjan durante el término de ejecución del contrato, deberá hacerse por mutuo acuerdo, previa solicitud escrita plenamente justificada por cualquiera de las partes.

- El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten. estos datos deben ser presentado en la oferta
- Informar al supervisor del contrato, y al Comando de Departamento cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De ahí en adelante informará semanal la ejecución del mismo con corte a Domingo 24:00 horas.
- Informar MENSUALMENTE al Supervisor del contrato, el estado de ejecución del contrato y el saldo a favor de Policía Nacional por medio escrito.
- El CONTRATISTA se compromete a poner en conocimiento del personal que tenga a su cargo sobre los servicios contemplados en el contrato con la Policía Nacional y velará por su aplicación en todos los servicios que tenga inscritos, ejerciendo control estricto sobre este aspecto con monitoreo permanente por parte del supervisor del contrato.
- Poseer un sistema de Auditoría Interna que esté en contacto con el Auditor médico delegado por la Unidad Prestadora de Salud Guajira para el control.
- EL CONTRATISTA debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.
- El CONTRATISTA debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar al Comando de Departamento Policía Guajira, por lo anterior debe presentar un plan de contingencia en caso de fuerza mayor o caso fortuito para garantizar la prestación del servicio a los usuarios.
- En caso de requerirse un procedimiento que el oferente presente dentro de su portafolio de servicios y no se encuentre dentro del objeto contractual se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización del CTC y autorización de referencia y contra referencia y será cancelado según el valor estipulado en el contrato.
- Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con los artículos 282 de la Ley 100 de 1993, parágrafo 2 del artículo 50 de la ley 789 de 2002 y Artículo 1ro de la Ley 828 de Julio 10 de 2003; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo, vigente a la fecha de la facturación.
- Prestar los servicios para casos de laboratorios de alta complejidad o que sean autorizada por CTC, mediante entidades subcontratadas o red propia, con la debida autorización y tramites de ley.

Artículo 2.2.1.2.4.2.7. Seguimiento durante la ejecución del contrato. *Las entidades estatales a través de los supervisores o interventores del contrato según corresponda, deberán verificar durante la ejecución del contrato que los proponentes que resultaron adjudicatarios mantienen en su planta de personal el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención del puntaje adicional de la oferta. El contratista deberá aportar a la entidad estatal contratante la documentación que así lo demuestre. Esta verificación se hará con el certificado que para el efecto expide el Ministerio de Trabajo, y la entidad estatal contratante verificará la vigencia de dicha certificación, de conformidad con la normativa aplicable.*

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO No. 2

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

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos, deberán efectuarse dentro de los términos definidos en el Decreto 1082 de 2015

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 AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS MESES 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 DE LOS ESTUDIOS.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTORÍA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS MESE MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL PRODUCTO ENTREGADO.
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 AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES 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.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL POR LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE SERVICIOS DE SALUD.	DOSCIENTOS (200) SMMLV PARA CONTRATOS CUYO VALOR SEA INFERIOR O IGUAL A MIL QUINIENTOS (1.500) SMMLV. NUMERAL 1 DEL ART. 2.2.1.2.3.1.17 DEL DECRETO 1082 DE 2015	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO DIECISÉIS (16) DE DECRETO 1082 de 2015.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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, A 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 APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA 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. No. 3

OFERTA ECONÓMICA

REQUISITOS DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	
DE ORDEN ECONÓMICO	**CERTIFICACIÓN BANCARIA**	Con fecha de expedición inferior a treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha del cierre del proceso.
	OFERTA ECONÓMICA	El oferente debe diligenciar en su totalidad el **ANEXO N° 3 EVALUACION ECONOMICA, FINANCIERA.**
	FORMATO DE DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA	El oferente debe diligenciar el **FORMULARIO No. 1 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA respectivo**
	SOSTENIMIENTO DE LOS PRECIOS	El oferente debe diligenciar el ***FORMULARIO No. 13.***
	ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS	El proponente 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. ***FORMULARIO No. 12.***

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
1	901001	901001B	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	19.198,00	
2	901002	901002B	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	29.746,00	
3	901003	901003B	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	29.746,00	
4	901004	901004B	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	265.496,00	
5	901101	901101B	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	10.576,00	
6	901102	901102B	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	21.395,00	
7	901104	901104B	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	8.673,00	
8	901105	901105B	COLORACIÓN FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	8.673,00	
9	901106	901106B	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA	8.673,00	
10	901107	901107B	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN VAGINAL, URETRAL O RECTAL	5.401,00	
11	901109	901109B	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA Incluye: Cryptococcus neoformans	18.733,00	
12	901110	901110B	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia	16.811,00	
13	901201	901201B	Actinomyces CULTIVO	56.523,00	
14	901202	901202B	Bordetella pertussis CULTIVO	56.523,00	
15	901203	901203B	Brucella CULTIVO	181.365,00	
16	901204	901204B	Clostridium botulinum CULTIVO	56.523,00	
17	901205	901205B	Clostridium difficile CULTIVO	56.523,00	
18	901206	901206B	COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	54.113,00	
19	901207	901207B	Corynebacterium difteriae CULTIVO	72.068,00	
20	901208	901208B	Cryptococcus neoformans CULTIVO	54.894,00	
21	901209	901209B	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	22.549,00	
22	901210	901210B	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	30.713,00	
23	901212	901212B	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	85.427,00	
24	901213	901213B	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	64.736,00	
25	901214	901214B	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	64.540,00	
26	901217	901217B	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	25.585,00	
27	901218	901218B	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	107.538,00	
28	901220	901220B	Helicobacter pylori CULTIVO	208.475,00	
29	901221	901221B	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	80.187,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
30	901222	901222B	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	49.097,00	
31	901223	901223B	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	82.632,00	
32	901224	901224B	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	58.622,00	
33	901225	901225B	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	114.248,00	
34	901231	901231B	Mycoplasma CULTIVO	26.000,00	
35	901232	901232B	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	74.211,00	
36	901233	901233B	Neisseria meningitidis CULTIVO	77.382,00	
37	901235	901235B	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO O ESPECIE	44.057,00	
38	901236	901236B	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	52.395,00	
39	901237	901237B	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	44.057,00	
40	901301	901301B	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	17.019,00	
41	901303	901303B	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	34.462,00	
42	901304	901304B	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	11.691,00	
43	901305	901305B	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	5.609,00	
44	901306	901306B	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLÚOR	4.186,00	
45	901311	901311B	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	192.263,00	
46	901313	901313B	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	481.059,00	
47	901315	901315B	Mycobacterium leprae DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO AUTOMATIZADO	422.570,00	
48	901317	901317B	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	218.270,00	
49	901319	901319B	Shiguella SEROTIPIFICACIÓN	21.223,00	
50	901320	901320B	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN	21.020,00	
51	901321	901321B	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA)	38.816,00	
52	901322	901322B	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN	14.185,00	
53	901325	901325B	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	11.691,00	
54	901326	901326B	Leishmania EXAMEN DIRECTO	11.691,00	
55	901502	901502B	Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	171.940,00	
56	902001	902001B	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	247.797,00	
57	902004	902004B	ANTICOAGULANTE LÚPICO	41.463,00	
58	902005	902005B	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL	107.732,00	
59	902006	902006B	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	39.310,00	
60	902007	902007B	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	83.878,00	
61	902008	902008B	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) MANUAL	29.175,00	
62	902009	902009B	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	77.073,00	
63	902010	902010B	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	78.439,00	
64	902011	902011B	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	82.326,00	
65	902012	902012B	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	129.595,00	
66	902014	902014B	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	87.240,00	
67	902016	902016B	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	92.128,00	
68	902017	902017B	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	134.687,00	
69	902018	902018B	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	98.846,00	
70	902019	902019B	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	113.865,00	
71	902020	902020B	FACTOR X [STUART PROWER]	139.668,00	
72	902021	902021B	FACTOR XI [PTA]	129.501,00	
73	902022	902022B	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	135.612,00	
74	902023	902023B	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	210.977,00	
75	902024	902024B	FIBRINÓGENO	25.981,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
76	902026	902026B	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACIÓN [ANTIFACTOR Xa]	204.816,00	
77	902027	902027B	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	353.077,00	
78	902029	902029B	PLASMINÓGENO	162.004,00	
79	902030	902030B	PRECALICREÍNA	724.337,00	
80	902031	902031B	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	101.060,00	
81	902032	902032B	PROPERDINA FACTOR B	143.016,00	
82	902033	902033B	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	105.829,00	
83	902034	902034B	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	159.333,00	
84	902035	902035B	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	107.729,00	
85	902036	902036B	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	207.049,00	
86	902037	902037B	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	143.955,00	
87	902039	902039B	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	151.234,00	
88	902041	902041B	RETRACCIÓN DE COÁGULO	18.303,00	
89	902042	902042B	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN	22.296,00	
90	902043	902043B	TIEMPO DE COAGULACIÓN	4.851,00	
91	902044	902044B	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	73.250,00	
92	902045	902045B	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	13.159,00	
93	902046	902046B	TIEMPO DE SANGRÍA [IVY O DUKE]	3.658,00	
94	902047	902047B	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	24.470,00	
95	902048	902048B	TIEMPO DE TROMBINA	53.402,00	
96	902049	902049B	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	17.215,00	
97	902050	902050B	HEPARINA COFACTOR II	329.925,00	
98	902054	902054B	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	137.447,00	
99	902055	902055B	INHIBIDOR DE FACTOR II	184.066,00	
100	902056	902056B	INHIBIDOR DE FACTOR IX	186.155,00	
101	902057	902057B	INHIBIDOR DE FACTOR V	184.066,00	
102	902058	902058B	INHIBIDOR DE FACTOR VII	184.066,00	
103	902059	902059B	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	153.249,00	
104	902060	902060B	INHIBIDOR DE FACTOR X	184.066,00	
105	902061	902061B	INHIBIDOR DE FACTOR XI	184.066,00	
106	902062	902062B	INHIBIDOR DE FACTOR XII CÓDIGO DESCRIPCIÓN	184.066,00	
107	902063	902063B	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	711.372,00	
108	902069	902069B	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	706.605,00	
109	902071	902071B	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	1.765.818,00	
110	902072	902072B	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBRAND	190.660,00	
111	902101	902101B	CÉLULAS L.E.	18.798,00	
112	902102	902102B	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	7.988,00	
113	902103	902103B	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA	41.842,00	
114	902105	902105B	DIMERO D MANUAL	96.019,00	
115	902106	902106B	ERITROPOYETINA	111.495,00	
116	902107	902107B	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	66.350,00	
117	902108	902108B	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	28.867,00	
118	902109	902109B	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	61.215,00	
119	902110	902110B	HEMOGLOBINA A 2	109.923,00	
120	902111	902111B	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	111.323,00	
121	902112	902112B	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	79.051,00	
122	902113	902113B	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	49.659,00	
123	902114	902114B	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	42.129,00	
124	902115	902115B	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	58.451,00	
125	902116	902116B	HIERRO MEDULAR Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	25.296,00	
126	902118	902118B	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	84.345,00	
127	902119	902119B	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	84.224,00	
128	902121	902121B	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	20.168,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
129	902122	902122B	SULFOHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	36.573,00	
130	902204	902204B	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	4.828,00	
131	902205	902205B	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	2.641,00	
132	902206	902206B	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	6.383,00	
133	902210	902210B	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	20.205,00	
134	902211	902211B	HEMATOCRITO	3.184,00	
135	902213	902213B	HEMOGLOBINA	3.631,00	
136	902214	902214B	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	11.721,00	
137	902215	902215B	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	5.676,00	
138	902216	902216B	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	4.915,00	
139	902217	902217B	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	6.678,00	
140	902218	902218B	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	4.245,00	
141	902219	902219B	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	4.292,00	
142	902220	902220B	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	5.264,00	
143	902221	902221B	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	5.264,00	
144	902223	902223B	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	5.484,00	
145	902224	902224B	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	108.734,00	
146	902226	902226B	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	103.573,00	
147	903002	903002B	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	63.725,00	
148	903003	903003B	BICARBONATO	139.205,00	
149	903004	903004B	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	130.203,00	
150	903005	903005B	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	80.149,00	
151	903006	903006B	CAROTENOS	31.276,00	
152	903007	903007B	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	107.651,00	
153	903008	903008B	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	110.312,00	
154	903009	903009B	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	169.659,00	
155	903010	903010B	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	166.951,00	
156	903011	903011B	DEOXIPIRIDINOLINA	128.515,00	
157	903013	903013B	ESPERMOGRAMA COMPLETO Incluye: ÁCIDO CÍTRICO, ÁCIDO ASCÓRBICO, FRUCTOSA, GLICEROL FOSFORIL COLINA	184.277,00	
158	903016	903016B	FERRITINA	25.506,00	
159	903017	903017B	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	153.078,00	
160	903021	903021B	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	42.988,00	
161	903023	903023B	HIDROXIPROLINA EN ORINA	112.722,00	
162	903024	903024B	LACTÓGENO PLACENTARIO	241.752,00	
163	903025	903025B	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	107.397,00	
164	903026	903026B	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	53.410,00	
165	903028	903028B	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	53.410,00	
166	903030	903030B	MIOGLOBINA CARDÍACA	91.514,00	
167	903031	903031B	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	118.499,00	
168	903033	903033B	OSMOLARIDAD EN ORINA	39.108,00	
169	903034	903034B	OSMOLARIDAD EN SUERO	38.015,00	
170	903035	903035B	OSTEOCALCINA	111.773,00	
171	903036	903036B	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	142.898,00	
172	903039	903039B	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	639.720,00	
173	903040	903040B	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	17.236,00	
174	903041	903041B	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	78.665,00	
175	903042	903042B	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	87.349,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
176	903043	903043B	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	326.463,00	
177	903044	903044B	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA Incluye: DETERMINACIÓN DE HIERRO SÉRICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACIÓN DEL HIERRO	24.222,00	
178	903045	903045B	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	33.352,00	
179	903046	903046B	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	54.344,00	
180	903047	903047B	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	176.542,00	
181	903048	903048B	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	124.904,00	
182	903049	903049B	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	295.514,00	
183	903050	903050B	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	172.923,00	
184	903051	903051B	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	102.871,00	
185	903052	903052B	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	68.165,00	
186	903053	903053B	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	68.165,00	
187	903054	903054B	C-TELOPÉPTIDO CÓDIGO DESCRIPCIÓN	122.979,00	
188	903057	903057B	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	842.968,00	
189	903059	903059B	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	192.582,00	
190	903064	903064B	HEMOPEXINA	321.753,00	
191	903065	903065B	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	122.054,00	
192	903066	903066B	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	121.567,00	
193	903067	903067B	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	328.475,00	
194	903068	903068B	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	335.664,00	
195	903069	903069B	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	338.539,00	
196	903101	903101B	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	82.953,00	
197	903103	903103B	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	64.530,00	
198	903104	903104B	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	106.648,00	
199	903105	903105B	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	42.530,00	
200	903106	903106B	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	95.743,00	
201	903107	903107B	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	129.038,00	
202	903108	903108B	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	291.544,00	
203	903109	903109B	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	98.617,00	
204	903110	903110B	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	54.238,00	
205	903111	903111B	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	46.213,00	
206	903112	903112B	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	172.598,00	
207	903113	903113B	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	61.869,00	
208	903301	903301B	GALACTOSA	851.124,00	
209	903302	903302B	CURVA DE LACTOSA	99.837,00	
210	903401	903401B	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	103.025,00	
211	903402	903402B	ALDOLASA	32.074,00	
212	903403	903403B	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	27.776,00	
213	903404	903404B	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	60.863,00	
214	903406	903406B	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	59.947,00	
215	903407	903407B	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	92.987,00	
216	903408	903408B	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	158.761,00	
217	903411	903411B	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	53.531,00	
218	903412	903412B	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	53.531,00	
219	903417	903417B	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	59.947,00	
220	903418	903418B	COLIGLICINA	67.102,00	
221	903419	903419B	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	39.794,00	
222	903420	903420B	COLINESTERASA SERICA	24.672,00	
223	903422	903422B	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	106.085,00	
224	903423	903423B	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	68.883,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
225	903424	903424B	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	190.834,00	
226	903425	903425B	FRUCTOSAMINA	32.202,00	
227	903426	903426B	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	35.852,00	
228	903428	903428B	HEMOSIDERINA EN ORINA	30.881,00	
229	903429	903429B	ISOCITRATO DESHIDROGENASA	34.128,00	
230	903431	903431B	LIPOPROTEÍNA A	96.791,00	
231	903432	903432B	NUCLEOTIDASA 5	86.753,00	
232	903433	903433B	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	75.790,00	
233	903434	903434B	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	156.612,00	
234	903435	903435B	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	146.162,00	
235	903436	903436B	TROPONINA I CUALITATIVA	88.108,00	
236	903437	903437B	TROPONINA I CUANTITATIVA	88.108,00	
237	903438	903438B	TROPONINA T CUALITATIVA	51.115,00	
238	903439	903439B	TROPONINA T CUANTITATIVA	105.135,00	
239	903440	903440B	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	233.057,00	
240	903502	903502B	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)	280.329,00	
241	903503	903503B	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	47.474,00	
242	903505	903505B	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	29.455,00	
243	903601	903601B	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	75.790,00	
244	903602	903602B	AMONIO	30.513,00	
245	903603	903603B	CALCIO AUTOMATIZADO	38.219,00	
246	903604	903604B	CALCIO IÓNICO	59.975,00	
247	903605	903605B	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	39.916,00	
248	903608	903608B	ZINC	68.165,00	
249	903610	903610B	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	75.790,00	
250	903611	903611B	ALUMINIO EN SUERO	75.790,00	
251	903701	903701B	VITAMINA A [RETINOL]	103.394,00	
252	903702	903702B	VITAMINA B1 [TIAMINA]	170.539,00	
253	903703	903703B	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	59.947,00	
254	903705	903705B	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	117.023,00	
255	903706	903706B	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	95.585,00	
256	903707	903707B	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	168.294,00	
257	903708	903708B	VITAMINA E [TOCOFEROL]	92.139,00	
258	903709	903709B	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	71.609,00	
259	903711	903711B	VITAMINA K	275.504,00	
260	903801	903801B	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	8.869,00	
261	903802	903802B	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	8.920,00	
262	903803	903803B	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	5.465,00	
263	903804	903804B	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	5.511,00	
264	903805	903805B	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	11.363,00	
265	903806	903806B	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	10.904,00	
266	903809	903809B	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	9.217,00	
267	903810	903810B	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	6.328,00	
268	903811	903811B	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	6.071,00	
269	903812	903812B	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	24.222,00	
270	903813	903813B	CLORO	5.264,00	
271	903814	903814B	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	7.699,00	
272	903815	903815B	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	10.116,00	
273	903816	903816B	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	10.116,00	
274	903817	903817B	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	43.997,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
275	903818	903818B	COLESTEROL TOTAL	8.098,00	
276	903819	903819B	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	19.151,00	
277	903820	903820B	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	55.985,00	
278	903821	903821B	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	13.684,00	
279	903822	903822B	CREATINA	185.737,00	
280	903823	903823B	CREATININA DEPURACIÓN	12.959,00	
281	903824	903824B	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	5.731,00	
282	903826	903826B	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)	7.136,00	
283	903827	903827B	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)	26.498,00	
284	903828	903828B	DESHIDROGENASA LÁCTICA	12.968,00	
285	903829	903829B	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	189.038,00	
286	903830	903830B	FOSFATASA ÁCIDA	12.515,00	
287	903831	903831B	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	33.092,00	
288	903832	903832B	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	18.968,00	
289	903833	903833B	FOSFATASA ALCALINA	7.759,00	
290	903834	903834B	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	112.273,00	
291	903835	903835B	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	7.153,00	
292	903836	903836B	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	16.563,00	
293	903837	903837B	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	51.774,00	
294	903838	903838B	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	17.903,00	
295	903840	903840B	GLUCOSA EN ORINA	5.930,00	
296	903841	903841B	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	5.676,00	
297	903842	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA	18.417,00	
298	903843	903843B	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	25.887,00	
299	903844	903844B	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894	36.151,00	
300	903845	903845B	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	10.105,00	
301	903846	903846B	HIERRO TOTAL	31.588,00	
302	903847	903847B	LIPASA	15.240,00	
303	903848	903848B	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	37.192,00	
304	903849	903849B	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	32.890,00	
305	903850	903850B	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	29.909,00	
306	903851	903851B	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	37.742,00	
307	903852	903852B	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	37.742,00	
308	903853	903853B	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	37.742,00	
309	903854	903854B	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	13.684,00	
310	903855	903855B	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	13.684,00	
311	903856	903856B	NITRÓGENO UREICO	6.722,00	
312	903857	903857B	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	6.722,00	
313	903859	903859B	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	15.353,00	
314	903860	903860B	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	14.720,00	
315	903861	903861B	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	11.538,00	
316	903862	903862B	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	5.676,00	
317	903863	903863B	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	5.676,00	
318	903864	903864B	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	10.932,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
319	903865	903865B	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	10.482,00	
320	903866	903866B	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	8.309,00	
321	903867	903867B	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	8.309,00	
322	903868	903868B	TRIGLICERIDOS	9.483,00	
323	903869	903869B	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	8.382,00	
324	903871	903871B	AMILASA EN ORINA PARCIAL	15.134,00	
325	903872	903872B	SODIO EN ORINA PARCIAL	10.012,00	
326	903873	903873B	CALCIO EN ORINA PARCIAL	11.272,00	
327	903874	903874B	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	8.533,00	
328	903876	903876B	CREATININA EN ORINA PARCIAL	9.434,00	
329	903877	903877B	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	9.719,00	
330	903878	903878B	POTASIO EN ORINA PARCIAL	10.846,00	
331	903879	903879B	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	12.631,00	
332	903880	903880B	CLORO EN ORINA PARCIAL	7.699,00	
333	903881	903881B	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	75.765,00	
334	903883	903883B	GLUCOSA SEMIAUTOMATICA (GLUCOMETRIA)	5.676,00	
335	903884	903884B	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS) CÓDIGO DESCRIPCIÓN	52.850,00	
336	903885	903885B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	107.076,00	
337	903886	903886B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	51.012,00	
338	903887	903887B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	71.384,00	
339	903888	903888B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	89.427,00	
340	903889	903889B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	89.427,00	
341	903890	903890B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	107.076,00	
342	903891	903891B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	124.923,00	
343	903892	903892B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	124.923,00	
344	903893	903893B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	142.769,00	
345	903894	903894B	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	142.769,00	
346	903895	903895B	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	15.911,00	
347	904001	904001B	ANGIOTENSINA II	454.255,00	
348	904004	904004B	RENINA TOTAL	86.456,00	
349	904005	904005B	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	105.805,00	
350	904006	904006B	LEPTINA	91.981,00	
351	904101	904101B	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	72.183,00	
352	904103	904103B	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	39.681,00	
353	904104	904104B	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	50.721,00	
354	904105	904105B	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	50.776,00	
355	904106	904106B	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	415.888,00	
356	904107	904107B	HORMONA LUTEINIZANTE	53.095,00	
357	904108	904108B	PROLACTINA	41.659,00	
358	904109	904109B	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	52.931,00	
359	904112	904112B	PROCALCITONINA	151.911,00	
360	904201	904201B	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	77.686,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
361	904202	904202B	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	62.782,00	
362	904203	904203B	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	63.756,00	
363	904204	904204B	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	52.190,00	
364	904205	904205B	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	183.005,00	
365	904301	904301B	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	57.480,00	
366	904302	904302B	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	60.547,00	
367	904401	904401B	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	202.089,00	
368	904402	904402B	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	178.945,00	
369	904403	904403B	INHIBINA A	204.775,00	
370	904404	904404B	INHIBINA B	225.427,00	
371	904405	904405B	MACROPROLACTINA	89.132,00	
372	904501	904501B	ANDROSTENEDIONA	44.623,00	
373	904503	904503B	ESTRADIOL	45.199,00	
374	904504	904504B	ESTRIOL	45.335,00	
375	904505	904505B	ESTRIOL LIBRE	66.253,00	
376	904506	904506B	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	23.905,00	
377	904508	904508B	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	27.981,00	
378	904509	904509B	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	51.090,00	
379	904510	904510B	PROGESTERONA	49.821,00	
380	904511	904511B	HORMONA ANTIMULLERIANA	247.944,00	
381	904601	904601B	TESTOSTERONA LIBRE	46.892,00	
382	904602	904602B	TESTOSTERONA TOTAL	58.719,00	
383	904605	904605B	DIHIDROTESTOSTERONA	140.874,00	
384	904701	904701B	GLUCAGÓN	128.961,00	
385	904702	904702B	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	84.658,00	
386	904702-1	904702-1B	INSULINA PRE GLUCOSA	44.410,00	
387	904702-2	904702-2B	INSULINA POST GLUCOSA	44.410,00	
388	904703	904703B	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	219.398,00	
389	904703-0	904703-0B	INSULINA CURVA - BASAL	222.055,00	
390	904704	904704B	INSULINA (CADA MUESTRA)	44.410,00	
391	904705	904705B	INSULINA LIBRE	123.099,00	
392	904706	904706B	PÉPTIDO C	97.745,00	
393	904708	904708B	SOMATOSTATINA	270.862,00	
394	904709	904709B	ADIPONECTINA	268.966,00	
395	904710	904710B	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	72.940,00	
396	904711	904711B	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	96.547,00	
397	904712	904712B	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	128.730,00	
398	904713	904713B	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	145.674,00	
399	904714	904714B	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	190.245,00	
400	904715	904715B	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	221.953,00	
401	904716	904716B	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	221.953,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
402	904717	904717B	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	253.660,00	
403	904718	904718B	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	253.660,00	
404	904720	904720B	ELASTASA PANCREÁTICA CÓDIGO DESCRIPCIÓN	250.323,00	
405	904721	904721B	PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	162.280,00	
406	904801	904801B	ALDOSTERONA	57.244,00	
407	904802	904802B	ALDOSTERONA EN ORINA	76.996,00	
408	904803	904803B	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	132.051,00	
409	904804	904804B	CETOESTEROIDES 17	77.881,00	
410	904805	904805B	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	78.355,00	
411	904806	904806B	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	119.868,00	
412	904807	904807B	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	51.014,00	
413	904808	904808B	DEHIDROEPINANDROSTERONA	68.165,00	
414	904809	904809B	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	50.335,00	
415	904811	904811B	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	75.873,00	
416	904812	904812B	CORTISOL AM	32.181,00	
417	904813	904813B	CORTISOL PM	32.181,00	
418	904901	904901B	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	79.846,00	
419	904902	904902B	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	44.007,00	
420	904904	904904B	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	56.801,00	
421	904905	904905B	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN Incluye: SUSTANCIA DE ESTÍMULO	150.193,00	
422	904906	904906B	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTÍMULO	158.351,00	
423	904909	904909B	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	83.299,00	
424	904911	904911B	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	97.713,00	
425	904912	904912B	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	97.713,00	
426	904913	904913B	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	97.713,00	
427	904914	904914B	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	97.713,00	
428	904920	904920B	TIROGLOBULINA	65.313,00	
429	904921	904921B	TIROXINA LIBRE	29.230,00	
430	904922	904922B	TIROXINA TOTAL	29.909,00	
431	904923	904923B	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	55.194,00	
432	904924	904924B	TRIYODOTIRONINA LIBRE	32.065,00	
433	904925	904925B	TRIYODOTIRONINA TOTAL	34.541,00	
434	904926	904926B	TIROXINA NORMALIZADA	78.896,00	
435	904927	904927B	TRIYODOTIRONINA REVERSA	128.423,00	
436	905001	905001B	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	570.740,00	
437	905003	905003B	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	397.008,00	
438	905102	905102B	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	87.682,00	
439	905103	905103B	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	281.263,00	
440	905201	905201B	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	32.656,00	
441	905202	905202B	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	156.249,00	
442	905203	905203B	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	115.438,00	
443	905204	905204B	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	32.656,00	
444	905206	905206B	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	35.181,00	
445	905208	905208B	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	172.732,00	
446	905210	905210B	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	98.560,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
447	905213	905213B	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	43.620,00	
448	905214	905214B	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	51.382,00	
449	905301	905301B	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	115.456,00	
450	905302	905302B	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	34.461,00	
451	905303	905303B	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	214.803,00	
452	905304	905304B	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	358.165,00	
453	905305	905305B	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	132.614,00	
454	905306	905306B	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	50.242,00	
455	905307	905307B	CLORPROMAZINA	136.788,00	
456	905308	905308B	FENCICLIDINA	64.787,00	
457	905310	905310B	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	72.536,00	
458	905311	905311B	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	359.382,00	
459	905312	905312B	LITIO AUTOMATIZADO	14.299,00	
460	905401	905401B	AMIKACINA AUTOMATIZADO	111.529,00	
461	905404	905404B	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	107.045,00	
462	905409	905409B	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	347.145,00	
463	905410	905410B	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	107.729,00	
464	905415	905415B	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO	309.731,00	
465	905416	905416B	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	386.021,00	
466	905502	905502B	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	132.886,00	
467	905503	905503B	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	205.470,00	
468	905504	905504B	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	160.643,00	
469	905505	905505B	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	242.402,00	
470	905601	905601B	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	172.581,00	
471	905603	905603B	DIGOXINA AUTOMATIZADO	59.673,00	
472	905608	905608B	TEOFILINA AUTOMATIZADO	54.352,00	
473	905701	905701B	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	122.789,00	
474	905704	905704B	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	88.802,00	
475	905706	905706B	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	31.463,00	
476	905707	905707B	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	78.938,00	
477	905709	905709B	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	112.526,00	
478	905711	905711B	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	86.348,00	
479	905712	905712B	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS	97.526,00	
480	905714	905714B	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	164.183,00	
481	905716	905716B	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	119.440,00	
482	905717	905717B	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	32.656,00	
483	905719	905719B	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	84.175,00	
484	905721	905721B	CIANUROS AUTOMATIZADO	79.425,00	
485	905722	905722B	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	107.787,00	
486	905724	905724B	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	30.756,00	
487	905726	905726B	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	117.514,00	
488	905727	905727B	DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAÍNA, BARBITÚRICOS, OPIÁCEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS U OTROS	112.991,00	
489	905729	905729B	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	120.154,00	
490	905731	905731B	MERCURIO AUTOMATIZADO	97.283,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
491	905734	905734B	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	69.602,00	
492	905736	905736B	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NÍQUEL, PLOMO U OTROS	103.415,00	
493	905737	905737B	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	86.753,00	
494	905739	905739B	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEÍNA	112.861,00	
495	905740	905740B	OPIÁCEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEÍNA	35.061,00	
496	905741	905741B	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	89.095,00	
497	905742	905742B	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	89.095,00	
498	905746	905746B	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	80.838,00	
499	905749	905749B	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	198.979,00	
500	905751	905751B	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	609.410,00	
501	905755	905755B	SALICILATOS AUTOMATIZADO	163.890,00	
502	905756	905756B	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	93.009,00	
503	905758	905758B	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO Incluye: BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS	200.258,00	
504	905759	905759B	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	103.466,00	
505	905760	905760B	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	77.501,00	
506	905761	905761B	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	89.413,00	
507	905762	905762B	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO	85.398,00	
508	905801	905801B	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA) Excluye: CATEGORÍAS 90.5.0. - 90.5.7.	475.361,00	
509	906001	906001B	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	54.344,00	
510	906002	906002B	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	10.804,00	
511	906004	906004B	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	198.686,00	
512	906006	906006B	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	104.539,00	
513	906008	906008B	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	118.247,00	
514	906010	906010B	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	79.764,00	
515	906011	906011B	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	88.225,00	
516	906013	906013B	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	48.638,00	
517	906014	906014B	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	135.347,00	
518	906015	906015B	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	133.447,00	
519	906018	906018B	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	74.861,00	
520	906019	906019B	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	76.353,00	
521	906020	906020B	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	76.353,00	
522	906021	906021B	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	82.303,00	
523	906022	906022B	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	130.962,00	
524	906023	906023B	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54.985,00	
525	906024	906024B	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.928,00	
526	906029	906029B	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	63.303,00	
527	906030	906030B	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	63.303,00	
528	906032	906032B	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	186.047,00	
529	906035	906035B	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55.063,00	
530	906036	906036B	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55.607,00	
531	906039	906039B	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	54.778,00	
532	906040	906040B	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49.996,00	
533	906041	906041B	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	135.220,00	
534	906045	906045B	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	153.787,00	
535	906046	906046B	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	155.944,00	
536	906047	906047B	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	122.600,00	
537	906048	906048B	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	178.613,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
538	906049	906049B	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	177.936,00	
539	906051	906051B	Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS	230.332,00	
540	906052	906052B	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	918.697,00	
541	906103	906103B	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	204.900,00	
542	906107	906107B	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	92.144,00	
543	906111	906111B	Coccidioides ANTICUERPOS	196.989,00	
544	906112	906112B	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	450.788,00	
545	906113	906113B	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	116.029,00	
546	906116	906116B	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	169.865,00	
547	906117	906117B	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	158.465,00	
548	906118	906118B	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	110.709,00	
549	906119	906119B	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	327.599,00	
550	906126	906126B	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	73.214,00	
551	906127	906127B	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	41.710,00	
552	906128	906128B	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	37.887,00	
553	906129	906129B	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	49.996,00	
554	906131	906131B	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	44.474,00	
555	906133	906133B	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	215.096,00	
556	906134	906134B	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	153.531,00	
557	906138	906138B	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	120.129,00	
558	906139	906139B	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	120.129,00	
559	906140	906140B	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	134.379,00	
560	906141	906141B	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	163.544,00	
561	906203	906203B	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	115.776,00	
562	906205	906205B	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	33.619,00	
563	906206	906206B	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	34.456,00	
564	906207	906207B	Dengue ANTICUERPOS Ig G	54.985,00	
565	906208	906208B	Dengue ANTICUERPOS Ig M	54.985,00	
566	906209	906209B	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	61.332,00	
567	906212	906212B	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	72.715,00	
568	906213	906213B	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	153.506,00	
569	906214	906214B	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	111.961,00	
570	906215	906215B	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	72.715,00	
571	906216	906216B	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	148.756,00	
572	906217	906217B	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	146.463,00	
573	906218	906218B	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	48.758,00	
574	906219	906219B	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	47.565,00	
575	906220	906220B	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	51.913,00	
576	906221	906221B	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	47.565,00	
577	906222	906222B	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	47.565,00	
578	906223	906223B	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50.335,00	
579	906225	906225B	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	67.111,00	
580	906226	906226B	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	125.403,00	
581	906227	906227B	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	132.687,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
582	906228	906228B	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	39.072,00	
583	906229	906229B	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	43.814,00	
584	906230	906230B	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	39.072,00	
585	906231	906231B	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	71.000,00	
586	906232	906232B	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	73.439,00	
587	906233	906233B	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	418.980,00	
588	906234	906234B	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	86.778,00	
589	906235	906235B	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	86.778,00	
590	906236	906236B	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	86.778,00	
591	906237	906237B	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	86.778,00	
592	906238	906238B	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78.451,00	
593	906239	906239B	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	583.470,00	
594	906241	906241B	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	52.775,00	
595	906242	906242B	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	52.775,00	
596	906243	906243B	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	61.332,00	
597	906244	906244B	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	61.332,00	
598	906245	906245B	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	64.150,00	
599	906246	906246B	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70.825,00	
600	906247	906247B	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	34.842,00	
601	906248	906248B	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49.996,00	
602	906249	906249B	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	43.410,00	
603	90624901		VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS & *+ (PRUEBA RAPIDA)	43.410,00	
604	906250	906250B	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	230.309,00	
605	906253	906253B	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	96.791,00	
606	906256	906256B	Helicobacter pylori ANTÍGENO	51.138,00	
607	906258	906258B	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78.451,00	
608	906259	906259B	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	208.602,00	
609	906266	906266B	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	107.729,00	
610	906267	906267B	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO CÓDIGO DESCRIPCIÓN	111.529,00	
611	906268	906268B	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	166.881,00	
612	906269	906269B	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	172.094,00	
613	906301	906301B	Adenovirus ANTÍGENO	58.752,00	
614	906302	906302B	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	260.150,00	
615	906303	906303B	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	218.356,00	
616	906304	906304B	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19	29.442,00	
617	906305	906305B	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.025,00	
618	906306	906306B	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.652,00	
619	906307	906307B	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49.291,00	
620	906308	906308B	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	41.856,00	
621	906311	908815	Coxsackie A, ANTIGENO POR PCR	413.713,00	
622	906314	906314B	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	80.103,00	
623	906315	906315B	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	263.297,00	
624	906316	906316B	Giardia lamblia MANUAL	64.423,00	
625	906317	906317B	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	43.758,00	
626	906318	906318B	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	47.565,00	
627	906319	906319B	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	126.861,00	
628	906320	906320B	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	37.311,00	
629	906321	906321B	Influenza ANTÍGENO	92.751,00	
630	906322	906322B	Legionella spp ANTÍGENO	266.007,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
631	906323	906323B	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	81.801,00	
632	906324	906324B	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	146.162,00	
633	906325	906325B	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	467.570,00	
634	906326	906326B	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54.499,00	
635	906327	906327B	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	54.562,00	
636	906328	906328B	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL	26.743,00	
637	906329	906329B	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	49.957,00	
638	906331	906331B	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	214.634,00	
639	906332	906332B	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	67.933,00	
640	906333	906333B	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	228.619,00	
641	906334	906334B	Cándida spp ANTÍGENO	431.296,00	
642	906337	906337B	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	303.237,00	
643	906401	906401B	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	410.411,00	
644	906405	906405B	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	87.728,00	
645	906406	906406B	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	103.331,00	
646	906407	906407B	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	66.265,00	
647	906408	906408B	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	59.113,00	
648	906409	906409B	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	59.223,00	
649	906410	906410B	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	207.198,00	
650	906411	906411B	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49.007,00	
651	906412	906412B	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	114.953,00	
652	906413	906413B	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	66.460,00	
653	906414	906414B	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [CANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	102.497,00	
654	906415	906415B	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	104.062,00	
655	906416	906416B	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	105.829,00	
656	906418	906418B	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	48.785,00	
657	906420	906420B	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	113.479,00	
658	906421	906421B	FACTOR ANTINÚCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	36.413,00	
659	906422	906422B	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	163.280,00	
660	906423	906423B	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	163.280,00	
661	906424	906424B	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	192.393,00	
662	906425	906425B	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	119.179,00	
663	906426	906426B	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	177.887,00	
664	906429	906429B	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	61.332,00	
665	906430	906430B	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55.866,00	
666	906431	906431B	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	122.806,00	
667	906432	906432B	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	56.801,00	
668	906436	906436B	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	65.313,00	
669	906438	906438B	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	55.173,00	
670	906440	906440B	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	56.801,00	
671	906442	906442B	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	76.921,00	
672	906443	906443B	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	235.161,00	
673	906444	906444B	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	237.131,00	
674	906447	906447B	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	162.123,00	
675	906450	906450B	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	160.117,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
676	906453	906453B	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	61.332,00	
677	906454	906454B	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55.866,00	
678	906455	906455B	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55.866,00	
679	906456	906456B	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50.849,00	
680	906457	906457B	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	40.512,00	
681	906458	906458B	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	59.947,00	
682	906459	906459B	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	37.954,00	
683	906460	906460B	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	33.210,00	
684	906463	906463B	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	66.992,00	
685	906464	906464B	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL	44.747,00	
686	906466	906466B	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.919,00	
687	906468	906468B	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	373.526,00	
688	906469	906469B	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	373.526,00	
689	906470	906470B	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	536.540,00	
690	906471	906471B	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	77.690,00	
691	906472	906472B	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	77.690,00	
692	906473	906473B	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	77.690,00	
693	906474	906474B	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	87.703,00	
694	906475	906475B	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	87.703,00	
695	906476	906476B	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	84.995,00	
696	906477	906477B	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	124.228,00	
697	906478	906478B	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	124.228,00	
698	906480	906480B	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	88.678,00	
699	906481	906481B	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	72.940,00	
700	906482	906482B	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	82.003,00	
701	906483	906483B	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	155.893,00	
702	906484	906484B	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	115.841,00	
703	906485	906485B	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	110.598,00	
704	906486	906486B	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	141.973,00	
705	906487	906487B	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	542.367,00	
706	906488	906488B	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	542.367,00	
707	906489	906489B	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	582.277,00	
708	906490	906490B	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO CÓDIGO DESCRIPCIÓN	248.756,00	
709	906491	906491B	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	871.261,00	
710	906492	906492B	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	159.950,00	
711	906493	906493B	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	678.802,00	
712	906494	906494B	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	481.343,00	
713	906501	906501B	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	992.431,00	
714	906502	906502B	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	1.616.594,00	
715	906506	906506B	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	812.811,00	
716	906512	906512B	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	414.505,00	
717	906513	906513B	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCIÓN	755.811,00	
718	906514	906514B	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	448.963,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
719	906517	906517B	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	163.966,00	
720	906518	906518B	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	414.505,00	
721	906520	906520B	ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	1.591.443,00	
722	906523	906523B	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	584.540,00	
723	906524	906524B	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	584.540,00	
724	906525	906525B	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	941.840,00	
725	906526	906526B	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II CÓDIGO DESCRIPCIÓN	1.037.292,00	
726	906527	906527B	PRUEBA DE QUIMERISMO Incluye: PRE Y POST TRASPLANTE	1.139.169,00	
727	906601	906601B	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	482.266,00	
728	906602	906602B	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78.154,00	
729	906603	906603B	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49.922,00	
730	906604	906604B	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78.154,00	
731	906605	906605B	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78.154,00	
732	906606	906606B	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78.154,00	
733	906610	906610B	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78.154,00	
734	906611	906611B	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	71.493,00	
735	906613	906613B	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	86.742,00	
736	906614	906614B	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	179.694,00	
737	906618	906618B	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	565.708,00	
738	906620	906620B	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	51.533,00	
739	906621	906621B	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	98.389,00	
740	906622	906622B	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	91.047,00	
741	906624	906624B	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	56.632,00	
742	906625	906625B	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	32.220,00	
743	906626	906626B	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	114.429,00	
744	906627	906627B	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	145.368,00	
745	906628	906628B	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	260.655,00	
746	906706	906706B	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	400.397,00	
747	906711	906711B	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	278.652,00	
748	906712	906712B	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	132.782,00	
749	906714	906714B	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	94.545,00	
750	906715	906715B	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	70.875,00	
751	906717	906717B	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA	70.401,00	
752	906718	906718B	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	504.529,00	
753	906720	906720B	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	166.881,00	
754	906721	906721B	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	119.335,00	
755	906723	906723B	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA	210.676,00	
756	906732	906732B	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	288.532,00	
757	906744	906744B	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	283.608,00	
758	906747	906747B	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	211.693,00	
759	906762	906762B	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	180.753,00	
760	906802	906802B	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	70.825,00	
761	906806	906806B	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	105.829,00	
762	906808	906808B	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	72.486,00	
763	906809	906809B	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	61.442,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
764	906810	906810B	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	82.465,00	
765	906811	906811B	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	265.985,00	
766	906812	906812B	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	84.927,00	
767	906813	906813B	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	144.262,00	
768	906814	906814B	FAGOCITOSIS ESTUDIO	80.749,00	
769	906818	906818B	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	425.407,00	
770	906822	906822B	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	246.198,00	
771	906823	906823B	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	95.225,00	
772	906825	906825B	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	206.686,00	
773	906826	906826B	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	24.158,00	
774	906827	906827B	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	48.996,00	
775	906828	906828B	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	24.158,00	
776	906829	906829B	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	48.996,00	
777	906830	906830B	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	572.176,00	
778	906832	906832B	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	48.996,00	
779	906833	906833B	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	91.965,00	
780	906834	906834B	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	68.736,00	
781	906835	906835B	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	34.945,00	
782	906836	906836B	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	35.905,00	
783	906837	906837B	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	126.981,00	
784	906839	906839B	RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	26.082,00	
785	906841	906841B	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	154.390,00	
786	906842	906842B	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	132.430,00	
787	906843	906843B	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	132.430,00	
788	906844	906844B	DETERMINACIÓN DE LA EXPLOSIÓN RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	1.163.225,00	
789	906845	906845B	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	136.818,00	
790	906846	906846B	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	124.417,00	
791	906848	906848B	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	404.940,00	
792	906851	906851B	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	178.307,00	
793	906852	906852B	INTERLEUQUINA 1	515.153,00	
794	906853	906853B	INTERLEUQUINA 6	106.415,00	
795	906854	906854B	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	350.452,00	
796	906901	906901B	AGLUTININAS AL FRÍO	23.362,00	
797	906902	906902B	AGLUTININAS AL CALOR	24.312,00	
798	906903	906903B	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	41.902,00	
799	906904	906904B	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	71.502,00	
800	906905	906905B	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	27.555,00	
801	906906	906906B	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	48.996,00	
802	906907	906907B	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	26.479,00	
803	906908	906908B	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	48.996,00	
804	906910	906910B	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55.967,00	
805	906911	906911B	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	10.224,00	
806	906912	906912B	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.535,00	
807	906913	906913B	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	28.276,00	
808	906914	906914B	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	8.915,00	
809	906915	906915B	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	11.455,00	
810	906917	906917B	CRIOGLOBULINAS	23.362,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
811	907001	907001B	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	6.263,00	
812	907002	907002B	COPROLÓGICO	5.465,00	
813	907003	907003B	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	8.502,00	
814	907004	907004B	COPROSCÓPICO	15.325,00	
815	907005	907005B	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	5.731,00	
816	907006	907006B	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	26.345,00	
817	907007	907007B	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	16.729,00	
818	907008	907008B	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	6.743,00	
819	907009	907009B	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	24.222,00	
820	907010	907010B	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	5.641,00	
821	907011	907011B	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	41.842,00	
822	907013	907013B	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	15.227,00	
823	907014	907014B	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	42.696,00	
824	907015	907015B	ESTEATOCRITO ÁCIDO	49.143,00	
825	907101	907101B	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	10.281,00	
826	907102	907102B	HEMOGLOBINURIA	6.420,00	
827	907103	907103B	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	25.738,00	
828	907104	907104B	RECUENTO DE ADDIS	18.736,00	
829	907105	907105B	RECUENTO HAMBURGUER	20.440,00	
830	907106	907106B	UROANÁLISIS	14.500,00	
831	907107	907107B	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	69.644,00	
832	907108	907108B	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	16.993,00	
833	907201	907201B	ESPERMOGRAMA BÁSICO Incluye: MORFOLOGÍA Y RECUENTO	37.529,00	
834	907203	907203B	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	43.081,00	
835	908305	908305B	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	175.225,00	
836	908306	908306B	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	25.682,00	
837	908309	908309B	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTÓFANO	242.876,00	
838	908314	908314B	CISTINA CUANTITATIVA	519.081,00	
839	908316	908316B	FENILALANINA CUANTITATIVA	119.898,00	
840	908317	908317B	TIROSINA TEST CON RAÍZ DE CABELLO	131.836,00	
841	908319	908319B	FOSFORILASA ACTIVIDAD	17.543,00	
842	908325	908325B	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	806.608,00	
843	908326	908326B	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	406.840,00	
844	908328	908328B	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	477.582,00	
845	908329	908329B	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	1.204.477,00	
846	908330	908330B	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	336.261,00	
847	908331	908331B	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	479.542,00	
848	908332	908332B	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	504.526,00	
849	908333	908333B	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	1.146.645,00	
850	908334	908334B	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	602.138,00	
851	908336	908336B	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD	1.148.384,00	
852	908337	908337B	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	332.086,00	
853	908338	908338B	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	140.396,00	
854	908341	908341B	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	1.435.187,00	
855	908343	908343B	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	616.468,00	
856	908344	908344B	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	563.499,00	
857	908345	908345B	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	1.328.304,00	
858	908346	908346B	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	604.886,00	
859	908347	908347B	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	123.492,00	
860	908349	908349B	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD	794.265,00	
861	908350	908350B	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN	1.356.864,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
862	908404	908404B	CARIOTIPO CON BANDEO G	431.663,00	
863	908405	908405B	CARIOTIPO CON BANDEO Q	431.663,00	
864	908406	908406B	CARIOTIPO CON BANDEO C	550.413,00	
865	908407	908407B	CARIOTIPO CON BANDEO RT	597.473,00	
866	908408	908408B	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	702.647,00	
867	908410	908410B	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	669.390,00	
868	908411	908411B	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	658.820,00	
869	908412	908412B	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	5.421.208,00	
870	908413	908413B	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	1.318.370,00	
871	908414	908414B	PRUEBA DE CROMATINA	223.622,00	
872	908417	908417B	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUANTITATIVO	799.242,00	
873	908418	908418B	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	1.799.497,00	
874	908419	908419B	ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)	4.798.975,00	
875	908420	908420B	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	4.720.205,00	
876	908421	908421B	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	3.573.250,00	
877	908422	908422B	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	4.955.697,00	
878	908423	908423B	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECÍFICAS)	3.107.568,00	
879	908424	908424B	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)	5.651.175,00	
880	908426	908426B	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	389.912,00	
881	908427	908427B	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	324.881,00	
882	908428	908428B	HFE (HEMOCROMATOSIS)	490.687,00	
883	908429	908429B	CARIOTIPO PARA ANEMIA DE FANCONI	623.987,00	
884	908431	908431B	CARIOTIPO EN RESTOS OVULARES O MATERIAL DE ABORTO	618.910,00	
885	908432	908432B	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA	1.554.918,00	
886	908433	908433B	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN COMPLETA CÓDIGO DESCRIPCIÓN	4.504.558,00	
887	908434	908434B	BRCA1 Y BRCA2 MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA	1.031.332,00	
888	908435	908435B	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA	2.419.793,00	
889	908436	908436B	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN (14 SEPAS)	239.255,00	
890	908438	908438B	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLÉICOS	90.851,00	
891	908441	908441B	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	278.306,00	
892	908609	908609B	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	728.592,00	
893	908610	908610B	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	263.900,00	
894	908801	908801B	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	640.686,00	
895	908802	908802B	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	1.911.739,00	
896	908803	908803B	Hepatitis B GENOTIPO	1.451.473,00	
897	908804	908804B	Citomegalovirus GENOTIPO	3.603.714,00	
898	908805	908805B	Citomegalovirus CARGA VIRAL	442.296,00	
899	908806	908806B	Hepatitis B CARGA VIRAL	452.746,00	
900	908807	908807B	Hepatitis C CARGA VIRAL	417.205,00	
901	908808	908808B	Herpes simplex CARGA VIRAL	480.776,00	
902	908809	908809B	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	1.019.959,00	
903	908810	908810B	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	1.058.319,00	
904	908811	908811B	Epstein-Barr CARGA VIRAL	574.341,00	
905	908812	908812B	Adenovirus CARGA VIRAL	789.912,00	
906	908813	908813B	Parvovirus CARGA VIRAL	579.622,00	
907	908814	908814B	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	350.452,00	
908	908818	908818B	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA CÓDIGO DESCRIPCIÓN	383.828,00	
909	908819	908819B	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	515.524,00	
910	908820	908820B	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	455.541,00	
911	908821	908821B	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	517.335,00	
912	908822	908822B	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	430.508,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
913	908823	908823B	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	345.375,00	
914	908824	908824B	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	340.416,00	
915	908825	908825B	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	346.390,00	
916	908826	908826B	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	384.797,00	
917	908827	908827B	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	425.187,00	
918	908828	908828B	Leishmania IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	360.371,00	
919	908832	908832B	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	309.397,00	
920	908833	908833B	Hepatitis C GENOTIPO	1.086.255,00	
921	908834	908834B	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	677.211,00	
922	908835	908835B	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	600.776,00	
923	908836	908836B	Bordetella pertussis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	600.776,00	
924	908839	908839B	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	600.776,00	
925	908841	908841B	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	844.094,00	
926	908846	908846B	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	396.163,00	
927	908847	908847B	Adenovirus IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	610.576,00	
928	908848	908848B	Histoplasma IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	809.378,00	
929	908849	908849B	Chlamydia IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	578.774,00	
930	908850	908850B	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	512.257,00	
931	908855	908855B	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	706.762,00	
932	908857	908857B	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	1.491.843,00	
933	908858	908858B	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES CÓDIGO DESCRIPCIÓN	861.017,00	
934	908859	908859B	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	557.926,00	
935	911016	911016B	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	4.851,00	
936	911018	911018B	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	7.704,00	
937	911019	911019B	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	3.621,00	
938	911020	911020B	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	15.849,00	
939	911021	911021B	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	5.750,00	
940	911022	911022B	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	24.222,00	
941	911024	911024B	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	20.149,00	
942	911026	911026B	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	5.023,00	
943	A32003	A32003B	FIEBRE AMARILLA DETERMINACIÓN	462.192,00	
944	A32004	A32004B	FIEBRE AMARILLA TIPIFICACIÓN	462.192,00	
945	CT0002	906466	ANTICUERPOS ANTI CITRULINA	58.069,00	
946	CT0010	906134	TEST DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMA	153.531,00	
947	CT0076	906841	PROCALCITONINA	145.840,00	
948	CT0081	903066	PEPTIDO NATRIURETICO CEREBRAL (BNP)	116.817,00	
949	CT0088	908436	VIRUS PAPILOMA HIMANO VPH (14 SEPAS)	130.168,00	
950	860205	860205	PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA]	108.530,00	
951	860207	860207	PRUEBA DE MONTENEGRO [LEISHMANIA] *+	61.675,00	
952	860209	860209	PRUEBA DE MACHADO GUERREIRO [Tripanosoma cruzi] *	22.076,00	
953	898001	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	13.835,00	
954	892901	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	4.899,00	
955	908856		TOMA DE MUESTRA COVID-19	237.075,00	
956	906340		SARS CoV2 (COVID 19) ANTIGENO	84.710,00	

Nro.	CÓDIGOS CUPS	NUEVOS CÓDIGOS CUPS	CONCEPTO	VALOR DE REFERENCIA PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA)	VALOR A OFERTAR CON IVA
957	908856		PCR-RT PARA COVID 19	227.407,00	
958	908856	908856B	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	1.072.503,00	
959	CT0088	908436	VIRUS PAPILOMA HIMANO VPH (28 SEPAS)	290.988,00	
960	901108	901108B	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	46.397,00	
961	898221	898221	ESPECIMEN QUIRURGICO NIVEL II (Estudio de coloración basica en en especimen con múltiple muestreo)	60.800,00	
962	898110	898110	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA: ESTROGENO Y PROGESTERONA.	175.750,00	
963	898103	898103	KI 67 Inmunohistoquimica	65.550,00	
964	898103	898103	MARCADOR INMUNOHISTOQUIMICA ATRX	658.350,00	
965	898103	898103	MARCADOR INMUNOHISTOQUIMICA PDL1 - CA DE PULMON	175.750,00	
966	898103	898103	ONCOGEN HER2/NEU INMUNOHISTOQUIMICA	164.350,00	
967	898110 898103	898110 898103	PERFIL MAMARIO: RECEPTORES HORMONALES: ESTROGENO, PROGESTERONA, Ki-67 y ONCONGEN Her2 Neu	361.950,00	
968	898103	898103	TUMOR MALIGNO CON MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA (2 a 10 Marcadores)	417.050,00	
969	908335	908335	MALTASA ACIDA (Alfa-Glucosidasa en leucocitos) Enfermedad de Pompe	365.750,00	
970	898006	898006	TEST DE TZANK	29.500,00	
971	906498	906498	ANTICUERPOS ANTI MOG (GLICOPROTEINA DE MIELINA DE OLIGODENDROCITO) EN SUERO	731.500,00	

NOTA: ***la oferta que sobrepase el valor estimado o precio techo de un ítem quedara descalificada y no puede continuar en el proceso***, EL DESCUENTO SE DEBE HACER DE FORMA GLOBAL EN UN SOLO PORCENTAJE PARA TODOS LOS ITEM.

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 PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO No. 4

DOCUMENTOS JURIDICOS Y HABILITANTES

1 IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA

El Oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente éste requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

2 CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Deben abstenerse de participar, quienes consideren estar incursos en los artículos 8º, 9º y 10º de la Ley 80 de 1993, y demás normas concordantes, para lo cual el proponente debe manifestarlo en la propuesta y se entenderá prestado bajo la gravedad del juramento con su firma en la propuesta

3 REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Los oferentes deberán presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación V4.0 (Resolución 2003 de 26/05/2014 del Ministerio de la Protección Social o la que se está aplicando de acuerdo a la fecha).

El Comité Técnico de Evaluación de Propuestas del Departamento de Policía Guajira, podrá programar la respectiva Visita de Verificación y rendirá su informe por medio de Acta en donde se conste la Identificación de la IPS, los Verificadores, los Hallazgos y el Concepto final de CUMPLE o NO CUMPLE.

Presentar el Formulario de Renovación de la habilitación según lo descrito en las Resoluciones 3678 y 2003 del 2014 del Ministerio de la Protección Social, en caso de haberse vencido la vigencia del mismo, o que durante la ejecución del contrato se surtiera el vencimiento del registro Especial, debe aportarse a la carpeta del contrato la renovación.

NOTA: El establecimiento debe estar ubicado en departamento de la Guajira para que pueda cumplir.

4 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Persona Natural. Deberá presentar un Certificado de Inscripción en el Registro Mercantil expedido por la Cámara de Comercio en donde conste la determinación de su actividad. Este certificado debe tener fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

NOTA. Con excepción a las personas que ejercen prestación de servicios inherentes a las profesiones liberales de conformidad con el Numeral 5 del Art. 23 del Código de Comercio.

Persona Natural de Origen Extranjero.

Deberá presentar un documento emitido por la autoridad competente en el país de su domicilio y expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, actividad y vigencia.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de

Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Persona Jurídica Nacional. Las personas jurídicas deberán cumplir al momento de presentación de la propuesta con los siguientes requisitos:

Acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del original del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio de su domicilio social o la autoridad competente, con fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

Acreditar un término mínimo de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.
Acreditar la suficiencia de la capacidad del Representante Legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el Representante Legal tenga limitaciones estatutarias. Se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del Órgano Social correspondiente que autorice al Representante Legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato, y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que el objeto social principal de la sociedad se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con los presentes PLIEGO DE CONDICIONES, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

PERSONAS JURÍDICAS PÚBLICAS O PRIVADAS DE ORIGEN EXTRANJERO

Para los efectos previstos en este numeral se consideran personas jurídicas públicas o privadas de origen extranjero las sociedades que no hayan sido constituidas de acuerdo con la legislación nacional, sea que tengan o no domicilio en Colombia a través de sucursales.

Las propuestas de personas jurídicas de origen extranjero se someterán en todo caso a la legislación colombiana, sin perjuicio de lo cual, para su participación deberán cumplir con las siguientes condiciones:

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO CON SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

En defecto, de dicho documento, el proponente deberá presentar la certificación del Registro Único de Proponentes.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO SIN SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

APODERADO

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar

la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con el presente pliego de condiciones, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

El poder que otorga las facultades, en caso de ser expedido en el exterior, deberá cumplir todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento civil y demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Dicho apoderado podrá ser el mismo apoderado único para el caso de personas extranjeras que participen en consorcio o unión temporal, y en tal caso bastará para todos los efectos, la presentación del poder común otorgado por todos los participantes del consorcio o unión temporal.

Los documentos otorgados en el exterior para ser considerados como idóneos para su validez y oponibilidad en Colombia deben cumplir con los siguientes requisitos:

Apostilla: del documento en el evento, en que el país en donde fue expedido haga parte del Convenio de la Haya de 1961 sobre la supresión de la exigencia de legalización de documentos públicos extranjeros, en los términos señalados en la Ley 455 de 1998 y en el Decreto 106 de 2001.

Consularización o legalización en el caso que el documento sea expedido en un país no signatario del Convenio antes indicado, dichos documentos para que puedan obrar como prueba deberán cumplir con lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas concordantes vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRAACEPTARÁ FOTOCOPIAS SIMPLES.

PROPUESTAS CONJUNTAS

Podrán participar consorcios y uniones temporales, para lo cual se deberán cumplir los siguientes requisitos:

Acreditar la existencia del consorcio o de la unión temporal, y específicamente la circunstancia de tratarse de uno u otro, lo cual deberá declararse de manera expresa en el acuerdo de asociación correspondiente, señalando las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos, los términos, actividades, condiciones y participación porcentual de los miembros del consorcio en la unión temporal en la propuesta y en la ejecución de las obligaciones atribuidas al contratista por el contrato ofrecido.

Para los eventos previstos en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el Proponente deberá indicar en el documento de conformación si su propuesta se formula a título de Consorcio o Unión Temporal, para lo cual deberá cumplir con lo siguiente:
Indicar el tipo de asociación de que se trate: Consorcio o Unión Temporal; si se trata de Unión Temporal, sus miembros deberán señalar en la Propuesta la extensión (actividades y porcentaje) de su participación en la misma y en su ejecución, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de la POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA. La omisión de este señalamiento, hará que la POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, tome la propuesta como presentada por un Consorcio para todos los efectos.

Acreditar un término mínimo de duración del consorcio o de la unión temporal hasta la liquidación del contrato.

Acreditar la existencia, representación legal y capacidad legal y capacidad jurídica de las personas jurídicas consorciadas o asociadas en unión temporal, y la capacidad de sus representantes para la constitución del consorcio o unión temporal, así como de la propuesta para la presentación, celebración y ejecución del contrato.

Acreditar que cada una de las personas jurídicas integrantes del consorcio o unión temporal tienen un término mínimo de veintiséis (26) meses, contados a partir del vencimiento del plazo de la vigencia.

La designación de un representante que deberá estar facultado para actuar en nombre y representación del Consorcio o Unión Temporal. Igualmente deberá designar un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación legal y duración de los consorcios o uniones temporales, deberán acreditarse mediante la presentación del documento consorcial o de constitución de la unión temporal en el que se consignen los acuerdos y la información requerida.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación y capacidad jurídica de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, respecto de las personas jurídicas o naturales que se asocien en consorcio o en unión temporal para la presentación de la propuesta, deberán acreditarse conforme se indica en los numerales respectivos de los pliegos de condiciones.

En todos los casos de propuestas presentadas por dos o más personas naturales y/o jurídicas, en las que no se exprese de manera clara y explícita la clase de asociación que se constituye (consorcio o unión temporal), se presumirá la intención de concurrir al proceso de selección en consorcio, con los efectos y consecuencias que dicha forma de asociación conlleve para los proponentes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

Una vez el Contrato sea adjudicado al consorcio o unión temporal y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación, éste debe presentar el Nit del Consorcio o Unión Temporal.

5 SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)

Los oferentes deberán presentar certificación que no se encuentran con comparendos pendientes por pagar y que están a paz y salvo según el artículo 183. Consecuencias por el no pago multas, literal 4, ley 1801 de 29/07/2016 código nacional de policía y convivencia.

6 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 1 “Carta de Presentación de la Propuesta” y será firmada por el proponente o apoderado, si a ello hubiere lugar. Si la propuesta es presentada por una persona jurídica, en unión temporal o consorcio, deberá venir suscrita por el representante legal para el caso de las personas jurídicas debidamente facultado en los términos de ley, y para los consorcios y uniones temporales, el Representante designado.

7 BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES

La POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

8 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

La Policía Nacional Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 – Unidad Prestadora De Servicios De Salud Guajira consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

9. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES

La POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

10 CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES

Para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley 828/2003, el proponente, si es persona jurídica, deberá allegar una certificación expedida por el revisor fiscal, si es del caso, o del representante legal del proponente, señalando para el primero el número de la Tarjeta Profesional y anexando fotocopia de la misma; si es persona natural declaración juramentada, en la cual se certifique el pago de los aportes parafiscales indicando que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad.

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

11 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del formulario No. 3 y entregarlo con la oferta.

12. **CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Esta debe estar legible

13 Certificación del representante legal, de no tener inhabilidades por consecuencia de delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, conforme la Ley 1918 de 2018

FORMULARIO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Riohacha D.E.T. y C._____

Señores
LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA
Calle 15 con carrera 7, esquina
Riohacha D.E.T. y C.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 028 2023,** Cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____, me permito presentar, en nombre de _____, propuesta seria y formal para participar en el proceso de Mínima Cuantía **PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 028 2023**, convocado por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA",** 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 de Comercio y Civil, 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 o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
4. 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 POLICÍA 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. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA 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) _____, ciudad_____: Teléfono: _____, Fax: _____, e-mail: _____.
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 encontramos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
10. El plazo de ejecución del contrato será a partir del acta de inicio hasta el 31/10/2023 y/o hasta agotar presupuesto, lo que primero ocurra.
11. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
12. Que nuestra propuesta económica es por valor total de ($_____) Moneda Legal.

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

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_____

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 proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

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

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código_____ Ciudad_____

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

(Adjuntar certificación bancaria)

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____ , quien obra en calidad de_____de la entidad _____, 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. 8 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. 8 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 la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;
a) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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.

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 DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

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

FORMULARIO No 4

CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

A. PERSONA JURÍDICA

Señores

POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con NIT No_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el Titulo IV Capitulo IV.

Atentamente

REPRESENTANTE LEGAL

Firma_____

Nombre: _____

C.C. No: _____

FORMULARIO No 4.1

CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

B. PERSONA NATURAL

Señores

POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

FECHA_____

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

Atentamente,

Firma_____

Nombre: _____

C.C. No: _____

FORMULARIO No 5

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

Riohacha, D.E.T y C, _____ de_____ del 2023

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Calle 15 No Carrera 7 esquina, Barrio Camilo Torres
Riohacha – La Guajira

REF: Proceso de Mínima Cuantía – Prestación de servicios No. _____, que tiene por objeto es la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

Yo _____ identificado con C.C. No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el NIT No. _____, certifico que actualmente nuestra organización se encuentra en la adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a la normatividad establecida por el Ministerio del Trabajo en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, "Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo" y en 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".

De igual manera nuestra empresa cuenta con un responsable para el diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con licencia vigente en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, dependiendo del número de trabajadores.

La Regional De Aseguramiento En Salud No. 8– Unidad Prestadora De Salud Guajira, dentro de sus políticas establece un cumplimiento en la Evaluación de los Estándares Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo, igual o superior al 61% (Moderadamente Aceptable), de acuerdo a los criterios de valoración de 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.

RESOLUCIÓN 0312 de 2019	
CRITERIO	**VALORACIÓN**
Puntaje obtenido menor al 60%	CRITICO
Puntaje obtenido entre el 61% y el 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE
Puntaje obtenido mayor o igual al 86%	ACEPTABLE

Doy fe que a la fecha hemos aplicado lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo: "Evaluación Inicial de Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes", con un porcentaje de cumplimiento en nuestra organización del _____%.

Teniendo en cuenta lo anterior en caso de requerirse estaremos dispuestos a recibir visita de verificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, por parte del contratante.

Atentamente,

Firma Re/tante legal _____**Firma Responsable SG-SST**_____
Nombre: _____**Nombre:**_____
C.C. N°: _____ **de** _____**C.C. N°:** _____ **de** _____

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en este documento se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público.

.

FORMULARIO No. 6

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA

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

Expedida el día _____

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

FORMULARIO No. 7

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA JURÍDICA

Señores
POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA

REFERENCIA: PROCESO PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 028 2023 cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".**

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ representante legal de la Empresa_____ con Nit N°_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No_____ que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado cuyo objeto es:

_____
REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

REVISOR FISCAL

Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

Tarjeta Profesional No.

(Anexar fotocopia de la cédula, tarjeta profesional y antecedentes de la junta central de contadores)

FORMULARIO No. 7.1

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA NATURAL

Señores
POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA

REFERENCIA: PROCESO PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 028 2023 cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".**

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Salud, Pensiones y Atención a Riesgos Profesionales ARP, me encuentro al día con los aportes de ley según planilla de pago No._____ que se efectuó por medio de la entidad _____, en caso de ser adjudicatario con la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, me obligo hacer los aportes de Ley a dichos Sistemas durante la vigencia del contrato cuyo Objeto es: _____ _____ lo anterior en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

FORMULARIO No. 8

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Yo _____ en calidad de Representante Legal de la sociedad _____ certifico bajo la gravedad de juramento, que los datos relacionados a continuación son veraces y fiel copia de los documentos soporte, los cuales podrán ser solicitados por la Policía Nacional para su respectiva verificación. Seleccione sólo una opción para cada ítem. En caso de diligenciamiento incompleto o incorrecto, no se otorgará el puntaje establecido.

SERVICIO	1) DE ORIGEN NACIONAL	2. DE ORIGEN EXTRANJERO

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

FORMULARIO No. 9

COMPROMISO AMBIENTAL

El suscrito_____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente (llantas para vehículos, baterías, luminaria de todo tipo, químicos, aceites…), con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.

a) Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.

b) Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.

El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.

c) Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. De

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

FORMULARIO No. 10

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Riohacha, D.E.T y C, _____ de_____ del 2023

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA
Calle 15 carrera 7 esq
Riohacha

REF: Proceso de Mínima Cuantía Prestación de Servicios de Salud No. PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 028 2023, que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

Yo. _____, identificado como aparece al pie de mi firma, representando legalmente a la firma _____ identificada con el Nit No. _____, manifiesto expresamente que los activos y recursos que conforman mi patrimonio, que se emplearan para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, provienen de actividades licitas.

Atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT O C.C:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C: **EXPEDIDA:**
DIRECCIÓN:
TELEFONO:
EMAIL:

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FORMULARIO No. 11

CARTA DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Riohacha, D.E.T Y C, _____ de_____ de 2023

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA
Calle 15 carrera 7 esq
Riohacha

REF: Proceso de Mínima Cuantía Prestación de Servicios de Salud No. PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 028 2023, que tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

La firma _____ se compromete a sostener los precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso _____, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD INCLUYENDO LA TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS COVID-19 PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA".

Atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT O C.C:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C: **EXPEDIDA:**
DIRECCIÓN:
TELEFONO:
EMAIL:

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL