MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 8
NIT 802.016.407-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD No. 67-7-200281-23 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 Y EL LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S., CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

Entre los suscritos, de una parte, la señora Teniente Coronel DANIS ISABEL MERCADO RUIZ, mayor de edad identificada con cédula de ciudadanía No. 32.852.909 expedida en Sabanalarga - Atlántico, quien actúa en representación de la **NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 8**, en calidad de Jefe de Regional de Aseguramiento de Salud No. 8, cargo para el cual fue nombrada mediante la Orden Interna No. 107 del 12/07/2023 y delegada para contratar según la Resolución No. 02115 del 23/06/2023 *"Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional, suscribir convenios y/o contratos interadministrativos, y se dictan otras disposiciones"* expedida por el Director General de la Policía Nacional, debidamente facultado por la Ley 80 de 1993 y el Articulo 51 de la Ley 179 de 1994, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y por la otra, el **LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S.** identificada con NIT. 900.361.707-1, representada legalmente por la señora **ISABEL MARÍA CURIEL DE LA HOZ**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía 40.914.281 expedida en Riohacha – La Guajira, quien en adelante se denominará la **CONTRATISTA** y declara que tiene capacidad para celebrar este contrato, que no está incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad de las previstas en las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas constitucionales y legales, hemos acordado celebrar el presente contrato, previos los siguientes considerandos: **a)** Que se elaboraron los estudios y documentos previos de conformidad con lo señalado en el numeral 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993 *por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública*, modificado por el artículo 87 de la Ley 1474 de 2011 *por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*; así como lo descrito en el artículo; **b)** Que, al momento de la apertura del proceso de selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso; **c)** Que el presente contrato se deriva de un proceso de contratación realizado por la modalidad de selección abreviada menor cuantía, de conformidad con el literal c) del numeral 2 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015 *por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional* y 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; **d)** Que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD NO. 8 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** tiene la necesidad constante de los servicios de laboratorios clínicos de BAJA, MEDIANA Y ALTA complejidad, actividades que no se pueden realizar en la red propia, pues no se cuenta con la infraestructura locativa, equipos especializados y tampoco con el personal profesional y/o técnico, los servicios solicitados se encuentran descritos en el Acuerdo No. 002 del 27 abril de 2001 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional *por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial* y para su realización el rubro se encuentra establecido en el plan de anual de adquisiciones 2023 aprobado para esta unidad; **e)** Que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD NO. 8**

designará un supervisor para el presente contrato, el cual mantendrá comunicación con el **CONTRATISTA**, durante el desarrollo del contrato y ejercerá las funciones prescritas en 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; **f)** Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, el Decreto 1082 de 2015 y, las resoluciones No. 03049 del 30/07/2014, la No. 00090 del 15/01/2018 de la Policía Nacional), es procedente la celebración del mismo, el cual se regirá por las siguientes clausulas: ***PRIMERA. OBJETO:*** El objeto del presente contrato es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA. ***SEGUNDA. FINALIDADES DEL CONTRATO:*** El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación del servicio propio de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en consecuencia, el **CONTRATISTA** se compromete para con la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD NO. 8 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** a prestar el servicio requerido y suplir las necesidades definidas en los estudios y documentos previos. En tal sentido, queda claro que todas las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, derivadas del presente contrato, así como de la naturaleza de su objeto y las finalidades por él previstas, son obligaciones de resultado. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato, especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes. ***TERCERA. VALOR:*** Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma de DOSCIENTOS OCHENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($280.000.000,00) distribuidos así: $160.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2023 y $120.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2024. ***PARÁGRAFO:*** Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el **CONTRATISTA** pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias. ***CUARTA. FORMA DE PAGO:*** La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD NO. 8 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el *Anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"* de este contrato. ***PARÁGRAFO PRIMERO-*** **CUENTA PARA PAGOS:** Los pagos previstos en esta cláusula se acreditarán a la cuenta que se indica en el *Anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"* de este contrato, a favor del **CONTRATISTA**, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre del **CONTRATISTA**. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. ***PARÁGRAFO SEGUNDO-*** **REQUISITOS PARA EL PAGO: 1)** El **CONTRATISTA** deberá consolidar una sola cuenta de cobro mensual, la cual deberá cumplir los requisitos señalados en el Estatuto Tributario. **2)** Todas las facturas o cuentas de cobro que se presenten para el pago deberán llevar el número del contrato a la cual le están descargando el valor allí cobrado, si la factura o cuenta de cobro no lleva el número de contrato será devuelta. **3) CAUSALES DE NO PAGO:** La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD NO. 8 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** no cancelará las cuentas que presenten incoherencia entre el servicio prestado, objeto del contrato y los precios pactados en el presente contrato o por cualquier otro inconveniente que se derive de la revisión del contrato. En el evento de presentarse glosa en la facturación o cuenta de cobro, el valor glosado no será cancelado y la Oficina de Presupuesto radicará la cuenta por la diferencia. ***QUINTA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:*** El presente contrato está amparado por el Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP SIIF No. 63423 del 11/07/2023 expedido por el Responsable de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 (E) para la vigencia 2023, y para la vigencia 2024 amparados en la Autorización Vigencias Futuras año 2024 para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 emitida

por el Director de Sanidad de la Policía Nacional (E) mediante comunicación GS-2023-030041-DISAN del 10/05/2023, y en concordancia con la aprobación impartida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante Oficio No. 2-2023-022184 del 08/05/2023. ***SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:*** El **CONTRATISTA** debe cumplir con la Prestación del Servicio, a partir del acta de inicio hasta el 30 de junio de 2024, y/o hasta agotar presupuesto, lo que primero ocurra. ***SÉPTIMA. VIGENCIA:*** La vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en la cláusula *SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN* de este contrato. ***OCTAVA. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:*** La prestación de servicios objeto del presente estudio previo, se prestarán en las instalaciones ofrecidas por el **CONTRATISTA** y que sean aprobadas mediante distintivo de habilitación otorgado por la Secretaría de Salud Departamental y/o Municipal en la ciudad de Riohacha D.E.T. y C. Actualmente en la Calle 13 No. 11A-21 en la ciudad de Riohacha D.E.T. y C. y como valor agregado para la toma de muestras, el **CONTRATISTA** manifestó en su oferta que cuenta con tres puntos adicionales en el departamento de la Guajira: en la Calle 10A No. 5-71 en el municipio de Maicao; en la Calle 23 No. 3-61 en el municipio de Fonseca; en la Calle 12 No. 12-96 en el municipio de Uribia. ***NOVENA. DERECHOS DEL CONTRATISTA:*** En general, son derechos del **CONTRATISTA**: **1.)** Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. **2.)** Tener acceso a los elementos físicos necesarios para desarrollar el objeto del contrato, en caso que los mismos sean necesarios, y cumplir con sus obligaciones. **3.)** Obtener la colaboración necesaria de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD NO. 8 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** para el adecuado desarrollo del contrato. ***DÉCIMA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:*** En general, son obligaciones del **CONTRATISTA: 1.** Cumplir con el objeto contractual. **2.** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. **3.** Responder en los plazos que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD NO. 8 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. **4.** Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. **5.** Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. **6.** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. **7.** No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el **CONTRATISTA** deberá Informar de tal evento a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. **8.** Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. **9.** Restituir a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado. **10.** Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar. **11.** Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda. **12.** Atender a los usuarios 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, lo moral y las buenas

costumbres. **13.** En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor. **14.** La atención de los eventos adversos generados durante la atención 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 usuario.", correrán por cuenta del prestador. **15.** Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias. **16.** Una vez agotado el contrato, el **CONTRATISTA** se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante. **17.** Deben contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos). **18.** En la atención de usuarios remitidos por la USP, deberá utilizarse las guías de manejo acordadas. **19.** Prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad. **20.** Para la prestación del servicio, el **CONTRATISTA** deberá cumplir con el siguiente procedimiento: Demostración de derechos y autorización: **a.** Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; debidamente diligenciada por el profesional solicitante y autorizado por el funcionario competente de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudientes debe presentar el carné que acredite los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN). **b.** Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). **c.** Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). **d.** Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** la única dirección electrónica válida para este proceso es degua.upres-amd@policia.gov.co, o mediante la web: www.disan.policia.gov.co, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. **e.** Los formatos de referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. **21.** Abstenerse de prestar servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes. **22.** El **CONTRATISTA** debe designar funcionario, e informar teléfono, correo electrónico, ubicación física en la IPS, que permita a los usuarios y a las personas que delegue la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, realizar contacto con la IPS con el fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato, incluyendo problemas relacionados con la oportunidad o con la autorización de servicios, códigos o tarifas. **23.** Permitir al Auditor Médico Concurrente de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, el acceso

directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud; así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual. **24.** Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el Acuerdo No. 002 de 2001, por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial. **25.** 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. **26.** Presentar la facturación los primeros cinco (05) días del mes siguiente 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. **27.** Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que formule la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** a través de la **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA 28.** 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. **29.** 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. **30.** En todos los casos una vez atendido el usuario mensual se enviará una contra referencia a la jefatura de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – 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. **31.** El **CONTRATISTA** dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** o sus fines. **32.** 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. **33.** Informar MENSUALMENTE al Supervisor del contrato, el estado de ejecución del contrato y el saldo a favor de Policía Nacional por medio escrito. **34.** Informar al supervisor del contrato, y a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** 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. **35.** 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. **36.** El **CONTRATISTA** debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato. **37.** 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 a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD 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. **38.** En caso de requerirse un procedimiento que el **CONTRATISTA** 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. **39.** 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. **40.** 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 1 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. **41.** El **CONTRATISTA** debe contar con las siguientes condiciones técnicas vigentes 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. • Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad Instalada y firmada por el representante legal. • Proceso de atención al usuario • Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2020 (incluir tarifas) • Anexar instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que garanticen la oportunidad de respuesta inmediata con un máximo de 2 horas para respuesta **42.** El **CONTRATISTA** se abstendrá de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario, Para lo cual, deberá presentar carta de compromiso suscrita por el representante legal. **43.** El **CONTRATISTA** 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"*. **44.** El **CONTRATISTA** se obliga a reportar dentro de los siguiente cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en la ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso. **45.** Las demás obligaciones del **CONTRATISTA** contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. ***DÉCIMA PRIMERA. DERECHOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA:*** Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del **CONTRATISTA**. ***DÉCIMA SEGUNDA: OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA:*** **1.** Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado. **2.** Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la POLICÍA NACIONAL mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**. **3.** Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. **4.** Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA**, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico. **5.** Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. **6.** Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. **7.** Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato. **8.** Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del

CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual. **9.** Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales. **10.** Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. ***DÉCIMA TERCERA. MECANISMO DE COBERTURA DEL RIESGO A CARGO DEL CONTRATISTA:*** Dentro de los cinco (05) días siguientes a la suscripción y registro del contrato y la entrega de la copia firmada del mismo al **CONTRATISTA,** éste deberá constituir y presentar a favor de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, los mecanismos de cobertura de riesgo establecidos en el Decreto 1082 de 2015, que cubra los siguientes riesgos, incluyendo sus adiciones o prórrogas si a ello hubiere lugar: **a) DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Por el VEINTE por ciento (20%) del valor total del contrato, con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y seis (06) meses más. **b) DE CALIDAD DEL SERVICIO:** Por el CINCUENTA por ciento (50%) del valor del contrato con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y seis (06) meses más. **c) PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** Equivalente al CINCO por ciento (5%) del valor total del Contrato, vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y tres (03) años más. **d) DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** Por DOSCIENTOS (200) SMMLV, con una vigencia igual al plazo de ejecución. ***PARÁGRAFO PRIMERO:*** Si el **CONTRATISTA** se negare a constituir la garantía única prevista en la presente cláusula, en los términos, cuantía y duración establecidos, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** podrá declarar la caducidad del presente contrato. ***PARÁGRAFO SEGUNDO:*** Cuando haya lugar a la modificación del plazo o valor consignado en el contrato, el **CONTRATISTA**, deberá constituir los correspondientes certificados de modificación. Si se negare a constituirlos, en los términos en que se le señale, se hará acreedor a las sanciones respectivas y la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** dará por terminado el contrato en el estado en que se encuentre, sin que por este hecho deba reconocer o pagar indemnización alguna. ***PARÁGRAFO TERCERO:*** En caso de constituirse póliza, en la misma deberá constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión. Así mismo, se indicará que en el evento en que por incumplimiento del **CONTRATISTA** garantizado el asegurador resolviera continuar, como cesionario, con la ejecución del contrato y la entidad estatal contratante estuviere de acuerdo con ello, el **CONTRATISTA** garantizado aceptará desde el momento de contratación de la póliza la cesión del contrato a favor del asegurador. En todo caso, dependiendo del tipo de mecanismo de cobertura elegido, deberá cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 1082 de 2015. ***DÉCIMA CUARTA. SANCIONES:*** Las partes convienen en establecer las siguientes formas de sancionar el incumplimiento de las obligaciones, adquiridas por el **CONTRATISTA** en virtud del presente contrato, así: **a) MULTAS**.- En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al **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 al **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 el **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 al

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, el **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 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**. 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 y/o aquel que lo modifique, adicione o complemente. ***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, el **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 el **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 del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva. ***DÉCIMA QUINTA. CADUCIDAD ADMINISTRATIVA:*** Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y el **CONTRATISTA** no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, hará efectivo el valor de la pena pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación, el **CONTRATISTA** devolverá a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de los servicios prestados por aquel y recibidos a satisfacción por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** de conformidad con lo establecido en la cláusula primera del presente contrato. En el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar o las indemnizaciones a cargo de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, si a esto hubiere lugar, y la fecha de pago. ***DÉCIMA SEXTA. OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES:*** En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993, debidamente establecidas y documentadas, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** podrá hacer uso de las facultades excepcionales allí previstas, en caso que las mismas resulten aplicables. ***DÉCIMA SÉPTIMA. MONEDA DEL CONTRATO:*** La moneda del presente contrato es PESOS COLOMBIANOS. ***DECIMA OCTAVA. CESIONES Y SUBCONTRATOS:*** El **CONTRATISTA** no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato a persona alguna natural o

jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. La celebración de subcontratos no relevará al **CONTRATISTA** de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. ***DÉCIMA NOVENA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:*** El **CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la ley. ***VIGÉSIMA. SUSPENSIÓN TEMPORAL:*** Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal se suscribirá un acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se consideren necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computará para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio. ***VIGÉSIMA PRIMERA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:*** Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato, sugieren diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en la Ley 1563 de 2012. ***VIGÉSIMA SEGUNDA. PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:*** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de las firmas de las partes. Para su legalización se requiere el correspondiente registro presupuestal y la constitución de la garantía única y para su ejecución se requiere de la aprobación por parte de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** del mecanismo de cobertura de riesgos, constituido por parte del **CONTRATISTA**. ***PARÁGRAFO-*** Dentro de los cinco (05) días siguientes a la firma del contrato y entrega de una copia del mismo al **CONTRATISTA**, éste se obliga a constituir la garantía única. Dentro de ese mismo término, deberá presentar los recibos de consignación correspondientes y el mecanismo de cobertura de riesgos en la oficina de Contratos de la Unidad Prestadora de Salud Guajira. Las sanciones que ocasionen su no pago oportuno y la no entrega de los respectivos documentos a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** dentro del término antes fijado, serán a cargo del **CONTRATISTA**. ***VIGÉSIMA TERCERA. DOCUMENTOS:*** Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Pliego de Condiciones. **b)** Propuesta del **CONTRATISTA**, publicada en la página web de Colombia Compra Eficiente – Portal Único de Contratación Estatal – Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II. **c)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal y el Registro Presupuestal que amparan el contrato. **d)** La garantía única de que trata el presente contrato, debidamente aprobada por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA. f)**. Documentos que suscriban las partes. **g)** Anexos de este contrato. ***VIGÉSIMA CUARTA. IMPUESTOS:*** El **CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana. ***VIGÉSIMA QUINTA. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:*** El presente contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. ***VIGÉSIMA SEXTA. VEEDURÍAS CIUDADANAS:*** El presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993. ***VIGÉSIMA SÉPTIMA. RÉGIMEN LEGAL:*** Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen. ***VIGÉSIMA OCTAVA.*** El **CONTRATISTA** acepta ser notificado por medio electrónico según lo señalado en el artículo 67 de la Ley 1437 de 2011. ***VIGÉSIMA NOVENA. DOMICILIO CONTRACTUAL:*** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Soledad – Atlántico. Para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en Soledad – Atlántico el

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 03-08-23

Teniente Coronel **DANIS ISABEL MERCADO RUIZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8

EL CONTRATISTA

Señora **ISABEL MARÍA CURIEL DE LA HOZ**
Representante Legal LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S.

Elaborado por: Subintendente AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Subintendente HECTOR DAVID ARREDONDO MALDONADO
Sustanciador Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán STEFANY GREIS CAMARGO YIME
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán ARTURO ALEJANDRO LAGO MATIZ
Jefe de Contratos RASES No. 8 (E)
Revisado por: Intendente Jefe SEHENIN JOSE ALIAN GARCÍA
Asesor Jurídico RASES No. 8
Revisado por: Mayor GUSTAVO ADOLFO VENEGAS VELÁSQUEZ
Jefe Administrativo y Financiero RASES No. 8
Fecha De Elaboración:
Ubicación D//: Contratos/Laboratorio/Precontractual

Calle 15 con carrera 7, esquina, Riohacha D.E.T. y C.
Teléfonos 3505545849
degua.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO No. 1
DATOS DEL CONTRATO

CONTRATO	No. 67-7-200281-23
CONTRATANTE	LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA NIT 802.016.407-3
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	Teniente Coronel DANIS ISABEL MERCADO RUIZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	C.C. 32.852.909 expedida en Sabanalarga - Atlántico
CARGO	Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna No. 107 del 12/07/2023
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución No. 02115 del 23/06/2023 *"Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional, suscribir convenios y/o contratos interadministrativos, y se dictan otras disposiciones"* expedida por el Director General de la Policía Nacional
CONTRATISTA	**Entidad:** LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S. **NIT:** 900.361.707-1 **Representante Legal:** ISABEL MARÍA CURIEL DE LA HOZ **Cedula de Ciudadanía:** 40.914.281 expedida en Riohacha – La Guajira. **Dirección:** Calle 13 No. 11-05, Riohacha – La Guajira **Teléfonos:** 7273338 - 3008058338 **E-mail:** laboratoriocli@hotmail.com
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del proceso de Selección Abreviada – Menor Cuantía Prestación de Servicios de Salud PN RASES No. 8 UPRES GUAJIRA SA MC 030-2023.
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será Responsable de Talento Humano de la Unidad Prestadora de Salud Guajira o quien hagas sus veces o a quien con posterioridad designe la Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira, 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 *por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014 expedida por el Director General de la Policía Nacional* y/o aquellas que la modifiquen, adicionen, complementen o deroguen.
CLAUSULA PRIMERA. - OBJETO	El objeto del presente contrato es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.
CLAUSULA TERCERA. - VALOR	Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma de DOSCIENTOS OCHENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($280.000.000,00) distribuidos así: $160.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2023 y $120.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2024. ***PARÁGRAFO:*** Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el **CONTRATISTA** pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias. **NOTA:** Consultar valores ofertados en el *Anexo No. 3 "Oferta Económica"* de este contrato.

CLAUSULA CUARTA. - FORMA DE PAGO	Los pagos se realizarán en mensualidades vencidas, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación de la factura, (SEGÚN GUÍA F-DI-14 MANUAL DE USUARIO – MODULO RECEPCIÓN FACTURA ELECTRÓNICA-MINHACIENDA), las publicaciones realizadas, con la constancia de recibo a satisfacción del servicio, suscrita por el supervisor del contrato, previa presentación de los documentos más adelante relacionados a la central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, de acuerdo al turno y a la programación del Plan Anual de Caja (PAC). La factura electrónica debe ser presentada de acuerdo a la Resolución 000042 del 05 de mayo del 2020 *Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación* expedida por el Director General de la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN[1] y la CIRCULAR EXTERNA 016 del 9 de marzo de 2021 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y Notas Crédito expedida por la Administración del Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF NACIÓN[2], que a la letra dice: *La Administración del SIIF Nación implementó el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020.* *Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web.* *Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el supervisor y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.* *...* ***I. ACTIVIADES Y ROLES QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN EL PROCESO DE RECECPCIÓN*** *A continuación, se describen las actividades de cada uno de los roles que intervienen en el proceso:* ***A) Contratista o provedor (emisor).*** ***1.*** *Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.* ***2.*** *Diligenciar en la sección de la factura **Datos del Emisor**, en el campo **"correo"** la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.* ***3.*** *Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura **Notas**, lo siguiente: **#$** luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, finalizando con **#$**, debidamente separados por punto y coma, según ej. adjunto.* *#$15-03-00; Contrato; PedroPerez@ entidadpgn.gov.co #$* *ó* *#$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$* ***4.*** *Registrar en la sección de la factura **Datos del Adquiriente** en el campo **"Correo"**, el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.* ***5.*** *Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML).* ***6.*** *Enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y*

[1] https://www.dian.gov.co/normatividad/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%20000042%20de%2005-05-2020.pdf
[2] https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-157563%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

correo del supervisor o cuentadante de caja menor, debidamente separados por punto y coma, según ej. adjunto:

#$15-03-00; Contrato; PedroPerez@ entidadpgn.gov.co #$
ó
#$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$

***Nota importante:** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.*

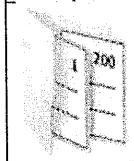
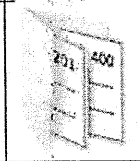
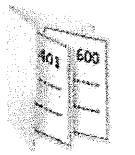
7. *La factura se puede direccionar a la entidad del PGN o al supervisor del contrato, según el esquema que la entidad establezca para la recepción de la factura electrónica, siempre y cuando se diligencien los datos requeridos en el numeral 3 o en el numeral 6 o en los dos, y, de no registrarse dicha información en alguna de estas dos opciones, la factura será devuelta al correo registrado en el numeral 2, es decir, al correo electrónico registrado en los datos del emisor en el documento electrónico.*

En cuanto a la presentación y validación de los Códigos Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, después de adjudicado el contrato la entidad debe enviar a los correos degua.upres-amd@policia.gov.co y al grinis.vergara@correo.policia.gov.co, con los siguientes datos:

1. Código Habilitación
2. Nit
3. Razón Social
4. Nombre funcionario que cargara los RIPS
5. Cédula
6. Teléfono
7. Celular
8. Fecha Inicio Contrato
9. Fecha Final Contrato
10. Correo Electrónico

Para crearle un usuario y contraseña y poder acceder al sistema RECUM (Registro de Cuentas Médicas), para el cargue de los RIPS. Al finalizar el proceso el prestador del servicio debe "Generar el soporte de Pre radicado" generado por el sistema al cual será entregado junto con la factura, en la oficina de central de cuentas de la unidad.

La factura junto con los documentos soporte, pre radicado, planilla y constancia de aportes parafiscales, deben ser presentados en paquetes de 200 folios, según manual de archivo y correspondencia.

Carpeta 1	Carpeta 2	Carpeta 3
		
Folios 1 a 200	Folios 201 a 400	Folios 401 a 600

La Regional de Aseguramiento en Salud No 8 – RASES efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando el CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la RASES No 8 para efectuar el pago, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete la RASES No 8 serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS así:

Enviar la facturación los 5 (cinco) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la ventanilla Única de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, con los siguientes soportes:

1. **INSTRUCTIVO DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

a. Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente.
b. Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO.**
c. **Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Guajira adicionando los siguientes documentos:** a) RIPS en medio magnético correspondientes a la facturación presentada. b) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes. c) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documentos de identidad del usuario (carné en copia por ambas caras o constancia vigente, cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). d) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN
d. Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica aprobada.
e. Los servicios de **ALTO COSTO** deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas.
f. Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera la Unidad Prestadora de Salud Guajira para realizar la auditoria respectiva.
g. En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Los RIPS deberán ser presentados en medio magnético mensualmente y deben corresponder a la facturación que se está radicando.
h. **Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado** según corresponda de acuerdo a la Ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila.
i. Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal.
j. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.

2. **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 200 folios, hoja

de control debidamente diligenciada de código 1GD-FR-0007, en carpetas cuatro aletas de color blanco 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

LOS PAGOS SE HARÁN A LA SIGUIENTE CUENTA:

NOMBRE BENEFICIARIO: LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S.

	BANCO: BANCO AV VILLAS **TIPO DE CUENTA:** Corriente **NUMERO DE CUENTA:** 861-07178-5
CLAUSULA QUINTA. - APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	El presente contrato está amparado por el Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP SIIF No. 63423 del 11/07/2023 expedido por el Responsable de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 (E) para la vigencia 2023, y para la vigencia 2024 amparados en la Autorización Vigencias Futuras año 2024 para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 emitida por el Director de Sanidad de la Policía Nacional (E) mediante comunicación GS-2023-030041-DISAN del 10/05/2023, y en concordancia con la aprobación impartida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante Oficio No. 2-2023-022184 del 08/05/2023
CLAUSULA SEXTA. - PLAZO DE EJECUCIÓN	El **CONTRATISTA** debe cumplir con la Prestación del Servicio, a partir del acta de inicio hasta el 30 de junio de 2024, y/o hasta agotar presupuesto, lo que primero ocurra.
CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	ofrecidas por el **CONTRATISTA** y que sean aprobadas mediante distintivo de habilitación otorgado por la Secretaría de Salud Departamental y/o Municipal en la ciudad de Riohacha D.E.T. y C. Actualmente en la Calle 13 No. 11A-21 en la ciudad de Riohacha D.E.T. y C. y como valor agregado para la toma de muestras, el **CONTRATISTA** manifestó en su oferta que cuenta con tres puntos adicionales en el departamento de la Guajira: en la Calle 10A No. 5-71 en el municipio de Maicao; en la Calle 23 No. 3-61 en el municipio de Fonseca; en la Calle 12 No. 12-96 en el municipio de Uribia.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 03-08-23

Teniente Coronel **DANIS ISABEL MERCADO RUIZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8

EL CONTRATISTA

Señora **ISABEL MARÍA CURIEL DE LA HOZ**
Representante Legal LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S.

Elaborado por: Subintendente AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Subintendente HECTOR DAVID ARREDONDO MALDONADO
Sustanciador Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán STEFANY GREIS CAMARGO YIME
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán ARTURO ALEJANDRO DIGO MATIZ
Jefe de Contratos RASES No. 8 (E)
Revisado por: Intendente Jefe SEHENIN JOSE ALIAN GARCÍA
Asesor Jurídico RASES No. 8
Revisado por: Mayor GUSTAVO ADOLFO VENEGAS VELÁSQUEZ
Jefe Administrativo y Financiero RASES No. 8
Fecha De Elaboración:
Ubicación D//: Contratos/Laboratorio/Precontractual

ANEXO No. 2
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

No.	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
1	**SEGURIDAD DEL PACIENTE** El **CONTRATISTA** deberá garantizar el reporte de los eventos adversos presentados en la IPS con nuestros usuarios, los cuales se deben analizar. Lo anterior en cumplimiento de los lineamientos de la política de seguridad de la paciente emanada por el Ministerio de salud y Protección Social en Colombia
2	**COMPROMISO DE BUENAS NORMAS AMBIENTALES** El **CONTRATISTA** deberá garantizar durante la ejecución del contrato el cumplimiento del *COMPROMISO DE BUENAS NORMAS AMBIENTALES* de los Pliegos de Condiciones, donde se comprometió a realizar 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, durante la ejecución del futuro contrato.
3	**OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO** El **CONTRATISTA** deberá garantizar durante la ejecución del contrato que contará con oficina de atención al usuario que en forma permanente que atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada.
4	**PERSONA ENLACE** El **CONTRATISTA** deberá garantizar durante la ejecución del contrato que la persona de enlace, 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:** SANDRA MILENA ÁLVAREZ TRIVIÑO **Teléfonos:** 7273338 – 3013711386 **Correo electrónico:** laboratoriolci@hotmail.com
5	**OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN** El **CONTRATISTA** deberá garantizar durante la ejecución del contrato estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detalla, la cual fue certificada en los documentos presentados en la oferta: **ÍTEM** | **DÍAS PARA LA ATENCIÓN** 1 | 0 – 1
6	**DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** El **CONTRATISTA** deberá garantizar durante la ejecución del contrato 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 cumplir durante la ejecución del contrato con: 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.

No.	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
	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

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 03-08-23

Teniente Coronel **DANIS ISABEL MERCADO RUIZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8

EL CONTRATISTA

Señora **ISABEL MARÍA CURIEL DE LA HOZ**
Representante Legal LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S.

Elaborado por: Subintendente AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Subintendente HECTOR DAVID ARREDONDO MALDONADO
Sustanciador Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán STEFANY GREIS CAMARGO YIME
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán ARTURO ALEJANDRO LARGO MATIZ
Jefe de Contratos RASES No. 8
Revisado por: Intendente Jefe SEHENIN JOSE ALIAN GARCÍA
Asesor Jurídico RASES No. 8
Revisado por: Mayor GUSTAVO ADOLFO VENEGAS VELÁSQUEZ
Jefe Administrativo y Financiero RASES No. 8
Fecha De Elaboración:
Ubicación D//: Contratos/Laboratorio/Precontractual

Calle 15 con carrera 7, esquina, Riohacha D.E.T. y C.
Teléfonos 3505545849
degua.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

No.	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
	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.
7	**MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD** El **CONTRATISTA** deberá garantizar durante la ejecución del contrato cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, así como con la normatividad vigente para el manejo de desechos comunes sólidos, así como de desechos intrahospitalarios sólidos y líquidos de acuerdo a la normatividad establecida para tal efecto por el Ministerio de Salud y el Ministerio del Medio Ambiente. Por lo tanto el **CONTRATISTA** deberá cumplir durante la ejecución del contrato con: • PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRHS actualizado de la entidad (en cumplimiento al Decreto 1076 de 2015 expedido por el MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE) • Registro de generación de residuos generados en la atención en salud (link IDEAM), • Informe de indicadores ambientales radicado en la autoridad ambiental • Informe de caracterización de aguas residuales (Resolución 0631 del 17/03/2015 expedida por el MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE) • Actas de incineración de residuos. Lo anterior podrá ser objeto de verificación VISITA TÉCNICA por parte del Médico Auditor de Calidad de la Unidad Prestadora de Salud Guajira durante la ejecución del contrato
8	El **CONTRATISTA** deberá garantizar durante la ejecución del contrato tener sede en la ciudad de Riohacha (La Guajira), habilitada en los términos de las normas aplicables, para la prestación de los servicios ofertados, información que será verificada con el Certificado de Habilitación de los servicios ofertados
9	El **CONTRATISTA** deberá garantizar la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato. El **CONTRATISTA** deberá tener un plan de contingencia para cubrir los casos en los que no pueda prestar el servicio por sí mismo.
10	El **CONTRATISTA** deberá durante la ejecución del contrato prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicio de la oficina de referencia y contra referencia, documento de identidad que acredite la condición del usuario (carnet o constancia vigente)
11	Durante la ejecución del contrato el **CONTRATISTA**, en caso de requerir un servicio los cuales no estén contemplado dentro del contrato, este podrá ser prestado con previa cotización del servicio, autorización por parte del supervisor del contrato, jefe de Unidad Prestadora de Servicios de Salud Guajira, y autorización del servicio por parte de la oficina de referencia.
12	El **CONTRATISTA** durante la ejecución del contrato deberá abstenerse de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario
13	El **CONTRATISTA** durante la ejecución del contrato se compromete a prestar servicios de laboratorios clínicos de BAJA, MEDIANA Y ALTA complejidad 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 contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA y serán cancelados con recursos propios del contrato.
14	El **CONTRATISTA** durante la ejecución del contrato deberá garantizar 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

ANEXO No. 3
OFERTA ECONÓMICA

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
1	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	17 278,20
2	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	26 771,40
3	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	26 771,40
4	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	238 946,40
5	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	9 518,40
6	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	19 255,50
7	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	7 805,70
8	COLORACIÓN FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	7 805,70
9	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA	7 805,70
10	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN VAGINAL, URETRAL O RECTAL	4 860,90
11	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA Incluye: Cryptococcus neoformans	16 859,70
12	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia	15 129,90
13	Actinomyces CULTIVO	50 870,70
14	Bordetella pertussis CULTIVO	50 870,70
15	Brucella CULTIVO	163 228,50
16	Clostridium botulinum CULTIVO	50 870,70
17	Clostridium difficile CULTIVO	50 870,70
18	COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	48 701,70
19	Corynebacterium difteriae CULTIVO	64 861,20
20	Cryptococcus neoformans CULTIVO	49 404,60
21	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	20 294,10
22	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	27 641,70
23	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	76 884,30
24	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	58 262,40
25	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	58 086,00
26	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	23 026,50
27	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	96 784,20
28	Helicobacter pylori CULTIVO	187 627,50
29	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	72 168,30
30	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	44 187,30
31	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	74 368,80
32	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	52 759,80
33	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	102 823,20
34	Mycoplasma CULTIVO	23 400,00
35	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	66 789,90
36	Neisseria meningitidis CULTIVO	69 643,80
37	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO O ESPECIE	39 651,30
38	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	47 155,50
39	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	39 651,30
40	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	15 317,10
41	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	31 015,80
42	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	10 521,90

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
43	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	5 048,10
44	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLÚOR	3 767,40
45	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	173 036,70
46	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	432 953,10
47	Mycobacterium leprae DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO AUTOMATIZADO	380 313,00
48	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	196 443,00
49	Shiguella SEROTIPIFICACIÓN	19 100,70
50	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN	18 918,00
51	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA)	34 934,40
52	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN	12 766,50
53	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	10 521,90
54	Leishmania EXAMEN DIRECTO	10 521,90
55	Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	154 746,00
56	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	223 017,30
57	ANTICOAGULANTE LÚPICO	37 316,70
58	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL	96 958,80
59	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	35 379,00
60	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	75 490,20
61	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) MANUAL	26 257,50
62	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	69 365,70
63	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	70 595,10
64	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	74 093,40
65	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	116 635,50
66	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	78 516,00
67	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	82 915,20
68	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	121 218,30
69	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	88 961,40
70	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	102 478,50
71	FACTOR X [STUART PROWER]	125 701,20
72	FACTOR XI [PTA]	116 550,90
73	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	122 050,80
74	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	189 879,30
75	FIBRINÓGENO	23 382,90
76	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACIÓN [ANTIFACTOR Xa]	184 334,40
77	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	317 769,30
78	PLASMINÓGENO	145 803,60
79	PRECALICREÍNA	651 903,30
80	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	90 954,00
81	PROPERDINA FACTOR B	128 714,40
82	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	95 246,10
83	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	143 399,70
84	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	96 956,10
85	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	186 344,10
86	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	129 559,50
87	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	136 110,60
88	RETRACCIÓN DE COÁGULO	16 472,70
89	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN	20 066,40
90	TIEMPO DE COAGULACIÓN	4 365,90
91	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	65 925,00
92	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	11 843,10
93	TIEMPO DE SANGRÍA [IVY O DUKE]	3 292,20
94	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	22 023,00

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
95	TIEMPO DE TROMBINA	48 061,80
96	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	15 493,50
97	HEPARINA COFACTOR II	296 932,50
98	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	123 702,30
99	INHIBIDOR DE FACTOR II	165 659,40
100	INHIBIDOR DE FACTOR IX	167 539,50
101	INHIBIDOR DE FACTOR V	165 659,40
102	INHIBIDOR DE FACTOR VII	165 659,40
103	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	137 924,10
104	INHIBIDOR DE FACTOR X	165 659,40
105	INHIBIDOR DE FACTOR XI	165 659,40
106	INHIBIDOR DE FACTOR XII CÓDIGO DESCRIPCIÓN	165 659,40
107	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	640 234,80
108	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	635 944,50
109	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	1 589 236,20
110	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBRAND	171 594,00
111	CÉLULAS L.E.	16 918,20
112	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	7 189,20
113	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA	37 657,80
114	DIMERO D MANUAL	86 417,10
115	ERITROPOYETINA	100 345,50
116	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	59 715,00
117	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	25 980,30
118	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	55 093,50
119	HEMOGLOBINA A 2	98 930,70
120	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	100 190,70
121	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	71 145,90
122	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	44 693,10
123	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	37 916,10
124	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	52 605,90
125	HIERRO MEDULAR Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	22 766,40
126	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	75 910,50
127	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	75 801,60
128	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	18 151,20
129	SULFOHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	32 915,70
130	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	4 828,00
131	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	2 641,00
132	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	6 383,00
133	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	18 184,50
134	HEMATOCRITO	3 184,00
135	HEMOGLOBINA	3 631,00
136	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	10 548,90
137	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	5 108,40
138	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	4 423,50
139	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	6 010,20
140	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	3 820,50
141	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	3 862,80
142	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	4 737,60
143	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	4 737,60
144	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	4 935,60
145	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	97 860,60
146	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	93 215,70

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
147	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	57 352,50
148	BICARBONATO	125 284,50
149	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	117 182,70
150	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	72 134,10
151	CAROTENOS	28 148,40
152	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	96 885,90
153	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	99 280,80
154	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	152 693,10
155	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	150 255,90
156	DEOXIPIRIDINOLINA	115 663,50
157	ESPERMOGRAMA COMPLETO Incluye: ÁCIDO CÍTRICO, ÁCIDO ASCÓRBICO, FRUCTOSA, GLICEROL FOSFORIL COLINA	165 849,30
158	FERRITINA	22 955,40
159	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	137 770,20
160	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	38 689,20
161	HIDROXIPROLINA EN ORINA	101 449,80
162	LACTÓGENO PLACENTARIO	217 576,80
163	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	96 657,30
164	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	48 069,00
165	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	48 069,00
166	MIOGLOBINA CARDÍACA	82 362,60
167	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	106 649,10
168	OSMOLARIDAD EN ORINA	35 197,20
169	OSMOLARIDAD EN SUERO	34 213,50
170	OSTEOCALCINA	100 595,70
171	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	128 608,20
172	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	575 748,00
173	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	15 512,40
174	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	70 798,50
175	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	78 614,10
176	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	293 816,70
177	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA Incluye: DETERMINACIÓN DE HIERRO SÉRICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACIÓN DEL HIERRO	21 799,80
178	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	30 016,80
179	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	48 909,60
180	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	158 887,80
181	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	112 413,60
182	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	265 962,60
183	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	155 630,70
184	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	92 583,90
185	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	61 348,50
186	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	61 348,50
187	C-TELOPÉPTIDO CÓDIGO DESCRIPCIÓN	110 681,10
188	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	758 671,20
189	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	173 323,80
190	HEMOPEXINA	289 577,70
191	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	109 848,60
192	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	109 410,30
193	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	295 627,50
194	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	302 097,60
195	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	304 685,10

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
196	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	74 657,70
197	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	58 077,00
198	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	95 983,20
199	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	38 277,00
200	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	86 168,70
201	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	116 134,20
202	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	262 389,60
203	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	88 755,30
204	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	48 814,20
205	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	41 591,70
206	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	155 338,20
207	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	55 682,10
208	GALACTOSA	766 011,60
209	CURVA DE LACTOSA	89 853,30
210	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	92 722,50
211	ALDOLASA	28 866,60
212	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	24 998,40
213	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	54 776,70
214	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	53 952,30
215	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	83 688,30
216	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	142 884,90
217	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	48 177,90
218	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	48 177,90
219	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	53 952,30
220	COLIGLICINA	60 391,80
221	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	35 814,60
222	COLINESTERASA SERICA	22 204,80
223	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	95 476,50
224	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	61 994,70
225	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	171 750,60
226	FRUCTOSAMINA	28 981,80
227	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	32 266,80
228	HEMOSIDERINA EN ORINA	27 792,90
229	ISOCITRATO DESHIDROGENASA	30 715,20
230	LIPOPROTEÍNA A	87 111,90
231	NUCLEOTIDASA 5	78 077,70
232	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	68 211,00
233	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	140 950,80
234	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	131 545,80
235	TROPONINA I CUALITATIVA	79 297,20
236	TROPONINA I CUANTITATIVA	79 297,20
237	TROPONINA T CUALITATIVA	46 003,50
238	TROPONINA T CUANTITATIVA	94 621,50
239	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	209 751,30
240	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)	252 296,10
241	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	42 726,60
242	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	26 509,50
243	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	68 211,00
244	AMONIO	27 461,70
245	CALCIO AUTOMATIZADO	34 397,10
246	CALCIO IÓNICO	53 977,50
247	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	35 924,40

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
248	ZINC	61 348,50
249	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	68 211,00
250	ALUMINIO EN SUERO	68 211,00
251	VITAMINA A [RETINOL]	93 054,60
252	VITAMINA B1 [TIAMINA]	153 485,10
253	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	53 952,30
254	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	105 320,70
255	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	86 026,50
256	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	151 464,60
257	VITAMINA E [TOCOFEROL]	82 925,10
258	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	64 448,10
259	VITAMINA K	247 953,60
260	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	7 982,10
261	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	8 028,00
262	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	4 918,50
263	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	4 959,90
264	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	10 226,70
265	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	9 813,60
266	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	8 295,30
267	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	5 695,20
268	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	5 463,90
269	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	21 799,80
270	CLORO	4 737,60
271	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	6 929,10
272	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	9 104,40
273	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	9 104,40
274	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	39 597,30
275	COLESTEROL TOTAL	7 288,20
276	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	17 235,90
277	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	50 386,50
278	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	12 315,60
279	CREATINA	167 163,30
280	CREATININA DEPURACIÓN	11 663,10
281	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	5 157,90
282	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)	6 422,40
283	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)	23 848,20
284	DESHIDROGENASA LÁCTICA	11 671,20
285	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	170 134,20
286	FOSFATASA ÁCIDA	11 263,50
287	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	29 782,80
288	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	17 071,20
289	FOSFATASA ALCALINA	6 983,10
290	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	101 045,70
291	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	6 437,70
292	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	14 906,70
293	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	46 596,60
294	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	16 112,70
295	GLUCOSA EN ORINA	5 930,00
296	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	5 676,00
297	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA	18 417,00
298	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	25 887,00

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
299	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	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	10 105,00
301	HIERRO TOTAL	28 429,20
302	LIPASA	15 240,00
303	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	33 472,80
304	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	29 601,00
305	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	26 918,10
306	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	33 967,80
307	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	33 967,80
308	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	33 967,80
309	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	12 315,60
310	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	12 315,60
311	NITRÓGENO UREICO	6 049,80
312	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	6 049,80
313	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	13 817,70
314	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	13 248,00
315	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	10 384,20
316	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	5 108,40
317	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	5 108,40
318	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	9 838,80
319	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	9 433,80
320	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	7 478,10
321	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	7 478,10
322	TRIGLICERIDOS	8 534,70
323	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	7 543,80
324	AMILASA EN ORINA PARCIAL	13 620,60
325	SODIO EN ORINA PARCIAL	9 010,80
326	CALCIO EN ORINA PARCIAL	10 144,80
327	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	7 679,70
328	CREATININA EN ORINA PARCIAL	8 490,60
329	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	8 747,10
330	POTASIO EN ORINA PARCIAL	9 761,40
331	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	11 367,90
332	CLORO EN ORINA PARCIAL	6 929,10
333	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	68 188,50
334	GLUCOSA SEMIAUTOMATICA (GLUCOMETRIA)	5 108,40
335	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS) CÓDIGO DESCRIPCIÓN	47 565,00
336	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	96 368,40
337	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	45 910,80
338	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	64 245,60
339	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	80 484,30
340	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	80 484,30
341	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	96 368,40
342	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	112 430,70

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
343	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	112 430,70
344	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	128 492,10
345	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360) Incluye: CARGA DE GLUCOSA	128 492,10
346	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	14 319,90
347	ANGIOTENSINA II	408 829,50
348	RENINA TOTAL	77 810,40
349	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	95 224,50
350	LEPTINA	82 782,90
351	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	64 964,70
352	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	35 712,90
353	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	45 648,90
354	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	45 698,40
355	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	374 299,20
356	HORMONA LUTEINIZANTE	47 785,50
357	PROLACTINA	37 493,10
358	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	47 637,90
359	PROCALCITONINA	136 719,90
360	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	69 917,40
361	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	56 503,80
362	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	57 380,40
363	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	46 971,00
364	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	164 704,50
365	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	51 732,00
366	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	54 492,30
367	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	181 880,10
368	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	161 050,50
369	INHIBINA A	184 297,50
370	INHIBINA B	202 884,30
371	MACROPROLACTINA	80 218,80
372	ANDROSTENEDIONA	40 160,70
373	ESTRADIOL	40 679,10
374	ESTRIOL	40 801,50
375	ESTRIOL LIBRE	59 627,70
376	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	21 514,50
377	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	25 182,90
378	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	45 981,00
379	PROGESTERONA	44 838,90
380	HORMONA ANTIMULLERIANA	223 149,60
381	TESTOSTERONA LIBRE	42 202,80
382	TESTOSTERONA TOTAL	52 847,10
383	DIHIDROTESTOSTERONA	126 786,60
384	GLUCAGÓN	116 064,90
385	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	76 192,20
386	INSULINA PRE GLUCOSA	39 969,00
387	INSULINA POST GLUCOSA	39 969,00
388	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	197 458,20
389	INSULINA CURVA - BASAL	199 849,50

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
390	INSULINA (CADA MUESTRA)	39 969,00
391	INSULINA LIBRE	110 789,10
392	PÉPTIDO C	87 970,50
393	SOMATOSTATINA	243 775,80
394	ADIPONECTINA	242 069,40
395	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	65 646,00
396	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	86 892,30
397	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	115 857,00
398	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	131 106,60
399	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	171 220,50
400	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	199 757,70
401	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	199 757,70
402	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	228 294,00
403	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360) Incluye: LA CARGA DE GLUCOSA	228 294,00
404	ELASTASA PANCREÁTICA CÓDIGO DESCRIPCIÓN	225 290,70
405	PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	146 052,00
406	ALDOSTERONA	51 519,60
407	ALDOSTERONA EN ORINA	69 296,40
408	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	118 845,90
409	CETOESTEROIDES 17	70 092,90
410	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	70 519,50
411	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	107 881,20
412	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	45 912,60
413	DEHIDROEPINANDROSTERONA	61 348,50
414	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	45 301,50
415	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	68 285,70
416	CORTISOL AM	28 962,90
417	CORTISOL PM	28 962,90
418	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	71 861,40
419	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	39 606,30
420	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	51 120,90
421	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN Incluye: SUSTANCIA DE ESTÍMULO	135 173,70
422	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTÍMULO	142 515,90
423	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	74 969,10
424	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	87 941,70
425	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	87 941,70
426	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	87 941,70
427	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	87 941,70
428	TIROGLOBULINA	58 781,70
429	TIROXINA LIBRE	26 307,00
430	TIROXINA TOTAL	26 918,10
431	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	49 674,60
432	TRIYODOTIRONINA LIBRE	28 858,50
433	TRIYODOTIRONINA TOTAL	31 086,90
434	TIROXINA NORMALIZADA	71 006,40
435	TRIYODOTIRONINA REVERSA	115 580,70

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
436	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	513 666,00
437	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	357 307,20
438	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	78 913,80
439	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	253 136,70
440	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	29 390,40
441	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	140 624,10
442	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	103 894,20
443	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	29 390,40
444	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	31 662,90
445	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	155 458,80
446	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	88 704,00
447	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	39 258,00
448	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	46 243,80
449	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	103 910,40
450	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	31 014,90
451	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	193 322,70
452	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	322 348,50
453	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	119 352,60
454	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	45 217,80
455	CLORPROMAZINA	123 109,20
456	FENCICLIDINA	58 308,30
457	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	65 282,40
458	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	323 443,80
459	LITIO AUTOMATIZADO	12 869,10
460	AMIKACINA AUTOMATIZADO	100 376,10
461	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	96 340,50
462	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	312 430,50
463	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	96 956,10
464	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO	278 757,90
465	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	347 418,90
466	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	119 597,40
467	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	184 923,00
468	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	144 578,70
469	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	218 161,80
470	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	155 322,90
471	DIGOXINA AUTOMATIZADO	53 705,70
472	TEOFILINA AUTOMATIZADO	48 916,80
473	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	110 510,10
474	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	79 921,80
475	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	28 316,70
476	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	71 044,20
477	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	101 273,40
478	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	77 713,20
479	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS	87 773,40
480	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	147 764,70
481	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	107 496,00
482	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	29 390,40

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
483	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	75 757,50
484	CIANUROS AUTOMATIZADO	71 482,50
485	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	97 008,30
486	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	27 680,40
487	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	105 762,60
488	DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAÍNA, BARBITÚRICOS, OPIÁCEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS U OTROS	101 691,90
489	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	108 138,60
490	MERCURIO AUTOMATIZADO	87 554,70
491	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	62 641,80
492	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NÍQUEL, PLOMO U OTROS	93 073,50
493	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	78 077,70
494	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEÍNA	101 574,90
495	OPIÁCEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEÍNA	31 554,90
496	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	80 185,50
497	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	80 185,50
498	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	72 754,20
499	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	179 081,10
500	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	548 469,00
501	SALICILATOS AUTOMATIZADO	147 501,00
502	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	83 708,10
503	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO Incluye: BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS	180 232,20
504	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	93 119,40
505	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	69 750,90
506	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	80 471,70
507	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO	76 858,20
508	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA) Excluye: CATEGORÍAS 90.5.0. - 90.5.7.	427 824,90
509	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	48 909,60
510	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	9 723,60
511	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	178 817,40
512	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	94 085,10
513	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	106 422,30
514	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	71 787,60
515	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	79 402,50
516	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	43 774,20
517	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	121 812,30
518	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	120 102,30
519	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	67 374,90
520	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	68 717,70
521	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	68 717,70
522	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	74 072,70
523	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	117 865,80
524	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49 486,50
525	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54 835,20
526	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	56 972,70
527	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	56 972,70
528	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	167 442,30
529	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49 556,70
530	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50 046,30
531	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	49 300,20
532	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	44 996,40
533	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	121 698,00

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
534	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	138 408,30
535	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	140 349,60
536	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	110 340,00
537	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	160 751,70
538	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	160 142,40
539	Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS	207 298,80
540	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	826 827,30
541	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	184 410,00
542	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	82 929,60
543	Coccidioides ANTICUERPOS	177 290,10
544	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	405 709,20
545	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	104 426,10
546	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	152 878,50
547	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	142 618,50
548	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	99 638,10
549	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	294 839,10
550	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	65 892,60
551	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	37 539,00
552	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	34 098,30
553	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	44 996,40
554	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	40 026,60
555	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	193 586,40
556	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	138 177,90
557	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	108 116,10
558	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	108 116,10
559	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	120 941,10
560	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	147 189,60
561	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	104 198,40
562	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	30 257,10
563	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	31 010,40
564	Dengue ANTICUERPOS Ig G	49 486,50
565	Dengue ANTICUERPOS Ig M	49 486,50
566	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	55 198,80
567	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	65 443,50
568	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	138 155,40
569	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	100 764,90
570	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	65 443,50
571	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	133 880,40
572	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	131 816,70
573	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	43 882,20
574	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	42 808,50
575	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	46 721,70
576	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	42 808,50
577	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	42 808,50
578	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	45 301,50
579	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60 399,90
580	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	112 862,70
581	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	119 418,30
582	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	35 164,80
583	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	39 432,60
584	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	35 164,80

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
585	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	63 900,00
586	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	66 095,10
587	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	377 082,00
588	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	78 100,20
589	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	78 100,20
590	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	78 100,20
591	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	78 100,20
592	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70 605,90
593	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	525 123,00
594	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	47 497,50
595	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	47 497,50
596	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	55 198,80
597	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	55 198,80
598	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	57 735,00
599	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	63 742,50
600	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	31 357,80
601	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	44 996,40
602	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	39 069,00
603	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS & *+ (PRUEBA RAPIDA)	39 069,00
604	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	207 278,10
605	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	87 111,90
606	Helicobacter pylori ANTÍGENO	46 024,20
607	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70 605,90
608	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	187 741,80
609	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	96 956,10
610	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO CÓDIGO DESCRIPCIÓN	100 376,10
611	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	150 192,90
612	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	154 884,60
613	Adenovirus ANTÍGENO	52 876,80
614	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	234 135,00
615	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	196 520,40
616	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19	26 497,80
617	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54 022,50
618	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54 586,80
619	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	44 361,90
620	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	37 670,40
621	Coxsackie A, ANTIGENO POR PCR	372 341,70
622	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	72 092,70
623	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	236 967,30
624	Giardia lamblia MANUAL	57 980,70
625	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	39 382,20
626	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	42 808,50
627	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	114 174,90
628	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	33 579,90
629	Influenza ANTÍGENO	83 475,90
630	Legionella spp ANTÍGENO	239 406,30
631	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	73 620,90
632	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	131 545,80
633	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	420 813,00
634	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49 049,10
635	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	49 105,80
636	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL	24 068,70

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
637	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	44 961,30
638	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	193 170,60
639	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	61 139,70
640	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	205 757,10
641	Cándida spp ANTÍGENO	388 166,40
642	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	272 913,30
643	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	369 369,90
644	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	78 955,20
645	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	92 997,90
646	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	59 638,50
647	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	53 201,70
648	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	53 300,70
649	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	186 478,20
650	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	44 106,30
651	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	103 457,70
652	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	59 814,00
653	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [CANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	92 247,30
654	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	93 655,80
655	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	95 246,10
656	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	43 906,50
657	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	102 131,10
658	FACTOR ANTINÚCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	32 771,70
659	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	146 952,00
660	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	146 952,00
661	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	173 153,70
662	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	107 261,10
663	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	160 098,30
664	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55 198,80
665	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50 279,40
666	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	110 525,40
667	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	51 120,90
668	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	58 781,70
669	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	49 655,70
670	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	51 120,90
671	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	69 228,90
672	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	211 644,90
673	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	213 417,90
674	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	145 910,70
675	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	144 105,30
676	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	55 198,80
677	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50 279,40
678	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50 279,40
679	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	45 764,10
680	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	36 460,80
681	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	53 952,30
682	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	34 158,60
683	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	29 889,00

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
684	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	60 292,80
685	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL	40 272,30
686	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54 827,10
687	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	336 173,40
688	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	336 173,40
689	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	482 886,00
690	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	69 921,00
691	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	69 921,00
692	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	69 921,00
693	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78 932,70
694	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	78 932,70
695	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	76 495,50
696	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO C AUTOMATIZADO	111 805,20
697	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO C AUTOMATIZADO	111 805,20
698	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	79 810,20
699	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	65 646,00
700	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	73 802,70
701	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	140 303,70
702	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	104 256,90
703	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	99 538,20
704	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	127 775,70
705	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	488 130,30
706	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	488 130,30
707	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	524 049,30
708	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO CÓDIGO DESCRIPCIÓN	223 880,40
709	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	784 134,90
710	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	143 955,00
711	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	610 921,80
712	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	433 208,70
713	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	893 187,90
714	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	1 454 934,60
715	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	731 529,90
716	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	373 054,50
717	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCIÓN	680 229,90
718	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	404 066,70
719	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	147 569,40
720	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	373 054,50
721	ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	1 432 298,70
722	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	526 086,00
723	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	526 086,00
724	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	847 656,00
725	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II CÓDIGO DESCRIPCIÓN	933 562,80
726	PRUEBA DE QUIMERISMO Incluye: PRE Y POST TRASPLANTE	1 025 252,10
727	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	434 039,40
728	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70 338,60
729	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	44 929,80
730	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70 338,60
731	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70 338,60
732	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70 338,60

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
733	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70 338,60
734	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	64 343,70
735	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	78 067,80
736	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	161 724,60
737	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	509 137,20
738	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	46 379,70
739	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	88 550,10
740	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	81 942,30
741	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50 968,80
742	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	28 998,00
743	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	102 986,10
744	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	130 831,20
745	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	234 589,50
746	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	360 357,30
747	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	250 786,80
748	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	119 503,80
749	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	85 090,50
750	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	63 787,50
751	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA	63 360,90
752	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	454 076,10
753	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	150 192,90
754	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	107 401,50
755	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA	189 608,40
756	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	259 678,80
757	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	255 247,20
758	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	190 523,70
759	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	162 677,70
760	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	63 742,50
761	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	95 246,10
762	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	65 237,40
763	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	55 297,80
764	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	74 218,50
765	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	239 386,50
766	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	76 434,30
767	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	129 835,80
768	FAGOCITOSIS ESTUDIO	72 674,10
769	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	382 866,30
770	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	221 578,20
771	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	85 702,50
772	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	186 017,40
773	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	21 742,20
774	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	44 096,40
775	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	21 742,20
776	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	44 096,40
777	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	514 958,40
778	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	44 096,40
779	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	82 768,50

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
780	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	61 862,40
781	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	31 450,50
782	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	32 314,50
783	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	114 282,90
784	RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	23 473,80
785	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	138 951,00
786	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	119 187,00
787	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	119 187,00
788	DETERMINACIÓN DE LA EXPLOSIÓN RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	1 046 902,50
789	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	123 136,20
790	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	111 975,30
791	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	364 446,00
792	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	160 476,30
793	INTERLEUQUINA 1	463 637,70
794	INTERLEUQUINA 6	95 773,50
795	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	315 406,80
796	AGLUTININAS AL FRÍO	21 025,80
797	AGLUTININAS AL CALOR	21 880,80
798	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	37 711,80
799	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	64 351,80
800	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	24 799,50
801	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	44 096,40
802	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	23 831,10
803	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	44 096,40
804	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50 370,30
805	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	9 201,60
806	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54 481,50
807	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	25 448,40
808	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	8 023,50
809	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	10 309,50
810	CRIOGLOBULINAS	21 025,80
811	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	5 636,70
812	COPROLÓGICO	4 918,50
813	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	7 651,80
814	COPROSCÓPICO	13 792,50
815	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	5 157,90
816	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	23 710,50
817	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	15 056,10
818	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	6 068,70
819	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	21 799,80
820	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	5 076,90
821	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	37 657,80
822	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	13 704,30
823	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	38 426,40
824	ESTEATOCRITO ÁCIDO	44 228,70
825	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	9 252,90
826	HEMOGLOBINURIA	5 778,00
827	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	23 164,20
828	RECUENTO DE ADDIS	16 862,40

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
829	RECUENTO HAMBURGUER	18 396,00
830	UROANÁLISIS	13 050,00
831	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	62 679,60
832	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	15 293,70
833	ESPERMOGRAMA BÁSICO Incluye: MORFOLOGÍA Y RECUENTO	33 776,10
834	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	38 772,90
835	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	157 702,50
836	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	23 113,80
837	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTÓFANO	218 588,40
838	CISTINA CUANTITATIVA	467 172,90
839	FENILALANINA CUANTITATIVA	107 908,20
840	TIROSINA TEST CON RAÍZ DE CABELLO	118 652,40
841	FOSFORILASA ACTIVIDAD	15 788,70
842	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	725 947,20
843	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	366 156,00
844	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	429 823,80
845	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	1 084 029,30
846	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	302 634,90
847	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	431 587,80
848	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	454 073,40
849	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	1 031 980,50
850	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	541 924,20
851	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD	1 033 545,60
852	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	298 877,40
853	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	126 356,40
854	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	1 291 668,30
855	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	554 821,20
856	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	507 149,10
857	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	1 195 473,60
858	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	544 397,40
859	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	111 142,80
860	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD	714 838,50
861	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN	1 221 177,60
862	CARIOTIPO CON BANDEO G	388 496,70
863	CARIOTIPO CON BANDEO Q	388 496,70
864	CARIOTIPO CON BANDEO C	495 371,70
865	CARIOTIPO CON BANDEO RT	537 725,70
866	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	632 382,30
867	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	602 451,00
868	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	592 938,00
869	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	4 879 087,20
870	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	1 186 533,00
871	PRUEBA DE CROMATINA	201 259,80
872	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUANTITATIVO	719 317,80
873	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	1 619 547,30
874	ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)	4 319 077,50
875	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	4 248 184,50
876	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	3 215 925,00
877	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	4 460 127,30
878	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECÍFICAS)	2 796 811,20
879	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)	5 086 057,50
880	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	350 920,80

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
881	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	292 392,90
882	HFE (HEMOCROMATOSIS)	441 618,30
883	CARIOTIPO PARA ANEMIA DE FANCONI	561 588,30
884	CARIOTIPO EN RESTOS OVULARES O MATERIAL DE ABORTO	557 019,00
885	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA	1 399 426,20
886	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN COMPLETA CÓDIGO DESCRIPCIÓN	4 054 102,20
887	BRCA1 Y BRCA2 MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA	928 198,80
888	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA	2 177 813,70
889	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN (14 SEPAS)	215 329,50
890	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLÉICOS	81 765,90
891	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	250 475,40
892	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	655 732,80
893	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	237 510,00
894	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	576 617,40
895	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	1 720 565,10
896	Hepatitis B GENOTIPO	1 306 325,70
897	Citomegalovirus GENOTIPO	3 243 342,60
898	Citomegalovirus CARGA VIRAL	398 066,40
899	Hepatitis B CARGA VIRAL	407 471,40
900	Hepatitis C CARGA VIRAL	375 484,50
901	Herpes simplex CARGA VIRAL	432 698,40
902	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	917 963,10
903	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	952 487,10
904	Epstein-Barr CARGA VIRAL	516 906,90
905	Adenovirus CARGA VIRAL	710 920,80
906	Parvovirus CARGA VIRAL	521 659,80
907	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	315 406,80
908	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA CÓDIGO DESCRIPCIÓN	345 445,20
909	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	463 971,60
910	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	409 986,90
911	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	465 601,50
912	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	387 457,20
913	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	310 837,50
914	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	306 374,40
915	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	311 751,00
916	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	346 317,30
917	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	382 668,30
918	Leishmania IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	324 333,90
919	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	278 457,30
920	Hepatitis C GENOTIPO	977 629,50
921	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	609 489,90
922	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	540 698,40
923	Bordetella pertussis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	540 698,40
924	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	540 698,40
925	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	759 684,60
926	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	356 546,70
927	Adenovirus IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	549 518,40
928	Histoplasma IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	728 440,20
929	Chlamydia IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	520 896,60
930	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	461 031,30
931	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	636 085,80
932	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	1 342 658,70

No.	CONCEPTO	VALOR A PAGAR
933	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES CÓDIGO DESCRIPCIÓN	774 915,30
934	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	502 133,40
935	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	4 365,90
936	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	6 933,60
937	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	3 258,90
938	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	14 264,10
939	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	5 175,00
940	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	21 799,80
941	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	18 134,10
942	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	4 520,70
943	FIEBRE AMARILLA DETERMINACIÓN	415 972,80
944	FIEBRE AMARILLA TIPIFICACIÓN	415 972,80
945	ANTICUERPOS ANTI CITRULINA	52 262,10
946	TEST DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMA	138 177,90
947	PROCALCITONINA	131 256,00
948	PEPTIDO NATRIURETICO CEREBRAL (BNP)	105 135,30
949	VIRUS PAPILOMA HIMANO VPH (14 SEPAS)	117 151,20
950	PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA]	97 677,00
951	PRUEBA DE MONTENEGRO [LEISHMANIA] *+	55 507,50
952	PRUEBA DE MACHADO GUERREIRO [Tripanosoma cruzi] *	19 868,40
953	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	12 451,50
954	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	4 409,10
955	TOMA DE MUESTRA COVID-19	237 075,00
956	SARS CoV2 (COVID 19) ANTIGENO	84 710,00
957	PCR-RT PARA COVID 19	227 407,00
958	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	965 252,70
959	VIRUS PAPILOMA HIMANO VPH (28 SEPAS)	261 889,20
960	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	41 757,30
961	ESPECIMEN QUIRURGICO NIVEL II (Estudio de coloración basica en en especimen con múltiple muestreo)	89 600,00
962	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA: ESTROGENO Y PROGESTERONA.	259 000,00
963	KI 67 Inmunohistoquimica	96 600,00
964	MARCADOR INMUNOHISTOQUIMICA ATRX	970 200,00
965	MARCADOR INMUNOHISTOQUIMICA PDL1 - CA DE PULMON	259 000,00
966	ONCOGEN HER2/NEU INMUNOHISTOQUIMICA	242 200,00
967	PERFIL MAMARIO: RECEPTORES HORMONALES: ESTROGENO, PROGESTERONA, Ki-67 y ONCOGEN Her2 Neu	533 400,00
968	TUMOR MALIGNO CON MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA (2 a 10 Marcadores)	570 000,00
969	MALTASA ACIDA (Alfa-Glucosidasa en leucocitos) Enfermedad de Pompe	494 000,00
970	TEST DE TZANK	43 260,00
971	ANTICUERPOS ANTI MOG (GLICOPROTEÍNA DE MIELINA DE OLIGODENDROCITO) EN SUERO	1 159 600,00

NOTA 1: En caso de consultas, estas se pueden realizar en el siguiente link:

- https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.26025649&isFromPublicArea=True&isModal=False

- **Numero de Proceso SECOP:** id.CO1.BDOS.4689646

NOTA 2: Toda la información aquí relacionada se puede verificar en el expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – Portal Único de Contratación Estatal – Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II..

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 03-08-23

Teniente Coronel **DANIS ISABEL MERCADO RUIZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8

EL CONTRATISTA

Señora **ISABEL MARÍA CURIEL DE LA HOZ**
Representante Legal LABORATORIO CLÍNICO ISABEL CURIEL S.A.S.

Elaborado por: Subintendente AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Subintendente HECTOR DAVID ARREDONDO MALDONADO
Sustanciador Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán STEFANY GREIS CAMARGO YIME
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán ARTURO ALEJANDRO IRIGO MATIZ
Jefe de Contratos RASES No. 8 (E)
Revisado por: Intendente Jefe SEHENIN JOSE ALIAN GARCÍA
Asesor Jurídico RASES No. 8
Revisado por: Mayor GUSTAVO ADOLFO VENEGAS VELÁSQUEZ
Jefe Administrativo y Financiero RASES No. 8
Fecha De Elaboración:
Ubicación D//: Contratos/Laboratorio/Precontractual

Calle 15 con carrera 7, esquina, Riohacha D.E.T. y C.
Teléfonos 3505545849
degua.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co