131	906112B	**Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 32.400	$ 32.400
132	906301B	**Adenovirus ANTIGENO	$ 59.200	$ 59.200
133	906117B	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 21.200	$ 21.200
134	906118B	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.300	$ 31.300
135	906119B	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$ 70.300	$ 70.300
136	901318B	**Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	$ 10.000	$ 10.000
137	901319B	**Shiguella SEROTIPIFICACION	$ 25.700	$ 25.700
138	901320B	**Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACION	$ 25.700	$ 25.700
139	901322B	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION	$ 20.100	$ 20.100
140	901323B	**Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD	$ 340.000	$ 340.000
141	901501B	**PRUEBA DE CONCENTRACION BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS	$ 31.300	$ 31.300
142	901502B	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	$ 50.200	$ 50.200
143	903895B	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 11.200	$ 11.200
144	903841B	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 20.000	$ 20.000
145	906436B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 33.500	$ 33.500
146	906438B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 33.500	$ 33.500
147	906440B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 33.500	$ 33.500
148	906443B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 38.000	$ 38.000
149	906444B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	$ 38.000	$ 38.000
150	906445B	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 330.500	$ 330.500
151	906446B	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 256.800	$ 256.800
152	906447B	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.000	$ 96.000
153	906448B	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$ 96.000	$ 96.000
154	906449B	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 96.000	$ 96.000
155	906451B	**QUERATINA ANTICUERPOS	$ 77.000	$ 77.000
156	906453B	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
157	906454B	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
158	906455B	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
159	906828B	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.200	$ 40.200
160	906830B	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.100	$ 49.100
161	906831B	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.200	$ 40.200
162	906833B	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.100	$ 49.100
163	906834B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.500	$ 62.500
164	906836B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 59.200	$ 59.200
165	906837B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.100	$ 53.100
166	906838B	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 516.900	$ 516.900
167	906902B	**AGLUTININAS AL CALOR	$ 10.000	$ 10.000
168	906904B	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 63.600	$ 63.600
169	906905B	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 86.000	$ 86.000
170	908801B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCION DEL PROVIRUS REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 500.000	$ 500.000
171	908805B	**Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 290.000	$ 290.000
172	908806B	**Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 330.000	$ 330.000
173	908807B	**Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 320.000	$ 320.000

174	908808B	**Herpes simplex CARGA VIRAL	$ 403.000	$ 403.000
175	908815B	**Coxsackie A IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 112.800	$ 112.800
176	908816B	**Coxsackie B IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 112.800	$ 112.800
177	908823B	**Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 300.000	$ 300.000
178	908824B	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 300.000	$ 300.000
179	902002B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 22.300	$ 22.300
180	902003B	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$ 22.300	$ 22.300
181	902005B	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	$ 58.100	$ 58.100
182	902006B	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$ 61.400	$ 61.400
183	902008B	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$ 61.400	$ 61.400
184	902009B	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 61.400	$ 61.400
185	902010B	**DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 8.900	$ 8.900
186	902012B	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$ 10.600	$ 10.600
187	902014B	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$ 22.300	$ 22.300
188	902015B	**FACTOR III PLAQUETARIO	$ 35.700	$ 35.700
189	902016B	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$ 22.300	$ 22.300
190	902017B	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 110.000	$ 110.000
191	902018B	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$ 110.000	$ 110.000
192	902019B	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 110.000	$ 110.000
193	902020B	**FACTOR X [STUART PROWER]	$ 110.000	$ 110.000
194	902021B	**FACTOR XI [PTA]	$ 110.000	$ 110.000
195	902022B	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 110.000	$ 110.000
196	902023B	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$ 170.000	$ 170.000
197	902025B	**HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	$ 290.000	$ 290.000
198	902026B	**HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]	$ 150.000	$ 150.000
199	906456B	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
200	906457B	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 50.200	$ 50.200
201	906458B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 38.700	$ 38.700
202	906459B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$ 69.200	$ 69.200
203	906464B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	$ 61.400	$ 61.400
204	906465B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 61.400	$ 61.400
205	911003B	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 9.800	$ 9.800
206	911004B	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 13.400	$ 13.400
207	911007B	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 13.400	$ 13.400
208	902027B	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$ 40.200	$ 40.200
209	902028B	**PLASMINA [FIBRINOLISINA]	$ 35.700	$ 35.700
210	902029B	**PLASMINOGENO	$ 40.200	$ 40.200
211	902030B	**PRECALICREINA	$ 560.000	$ 560.000
212	902033B	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 40.200	$ 40.200
213	902036B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	$ 72.600	$ 72.600

214	902037B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$72.600	$72.600
215	902038B	**PRUEBA DE PROTAMINA	$51.400	$51.400
216	902041B	**RETRACCION DE COAGULO	$12.300	$12.300
217	902042B	**TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	$12.300	$12.300
218	902043B	**TIEMPO DE COAGULACION	$10.000	$10.000
219	902044B	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$33.500	$33.500
220	902047B	**TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$5.000	$5.000
221	902048B	**TIEMPO DE TROMBINA	$8.900	$8.900
222	902101B	**CELULAS L.E.	$16.300	$16.300
223	902102B	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$10.600	$10.600
224	902106B	**ERITROPOYETINA	$50.200	$50.200
225	906612B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$12.300	$12.300
226	906613B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	$13.300	$13.300
227	903430B	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$44.700	$44.700
228	903434B	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$32.400	$32.400
229	903435B	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$32.400	$32.400
230	903501B	**LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	$23.400	$23.400
231	903502B	**LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 nm)	$47.200	$47.200
232	903503B	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$46.900	$46.900
233	903504B	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	$56.300	$56.300
234	903601B	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$59.200	$59.200
235	911015B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	$27.900	$27.900
236	911017B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$31.300	$31.300
237	903426B	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$51.400	$51.400
238	907002B	**COPROLOGICO	$6.700	$6.700
239	907004B	**COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	$35.700	$35.700
240	907006B	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$17.300	$17.300
241	907009B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	$7.300	$7.300
242	907103B	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$10.000	$10.000
243	907105B	**RECUENTO HAMBURGUER	$20.100	$20.100
244	907106B	**UROANALISIS	$14.000	$14.000
245	907201B	**ESPERMOGRAMA BASICO Incluye: MORFOLOGIA Y RECUENTO	$51.400	$51.400
246	908832B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$180.000	$180.000
247	902110B	**HEMOGLOBINA A 2	$90.000	$90.000
248	902111B	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$27.900	$27.900
249	906120B	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$72.000	$72.000
250	906122B	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$90.400	$90.400
251	906123B	**Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92.100	$92.100

252	903603B	**CALCIO AUTOMATIZADO	$ 17.900	$ 17.900
253	903604B	**CALCIO IONICO	$ 40.000	$ 40.000
254	903605B	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 40.200	$ 40.200
255	903607B	**IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	$ 100.500	$ 100.500
256	903608B	**ZINC	$ 53.600	$ 53.600
257	903609B	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 53.600	$ 53.600
258	903701B	**VITAMINA A [RETINOL]	$ 112.800	$ 112.800
259	903702B	**VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 112.800	$ 112.800
260	903704B	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 112.800	$ 112.800
261	903705B	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 112.800	$ 112.800
262	903708B	**VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 112.800	$ 112.800
263	903804B	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8.900	$ 8.900
264	903806B	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 15.600	$ 15.600
265	903807B	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 50.200	$ 50.200
266	903808B	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]	$ 78.200	$ 78.200
267	903817B	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 24.800	$ 24.800
268	903820B	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$ 27.400	$ 27.400
269	903822B	**CREATINA	$ 13.400	$ 13.400
270	903826B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$ 8.300	$ 8.300
271	903046B	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 73.700	$ 73.700
272	903707B	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 112.800	$ 112.800
273	903801B	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 14.500	$ 14.500
274	903802B	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.500	$ 14.500
275	903803B	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 8.900	$ 8.900
276	903805B	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 17.900	$ 17.900
277	903809B	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 13.400	$ 13.400
278	903810B	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 20.200	$ 20.200
279	903811B	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.700	$ 16.700
280	903812B	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$ 34.600	$ 34.600
281	903813B	**CLORO	$ 8.400	$ 8.400
282	903814B	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8.400	$ 8.400
283	903815B	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 23.400	$ 23.400
284	903816B	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 27.900	$ 27.900
285	903818B	**COLESTEROL TOTAL	$ 27.900	$ 27.900
286	903819B	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 25.000	$ 25.000
287	903821B	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 19.000	$ 19.000
288	903823B	**CREATININA DEPURACION	$ 19.000	$ 19.000
289	903824B	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.800	$ 12.800
290	903828B	**DESHIDROGENASA LACTICA	$ 16.200	$ 16.200
291	906124B	**Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.400	$ 80.400
292	906125B	**Toxccara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.000	$ 105.000
293	906126B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.200	$ 78.200

294	906128B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 88.200	$ 88.200
295	906130B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 88.200	$ 88.200
296	906201B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
297	906202B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 60.300	$ 60.300
298	906203B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
299	906204B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 60.300	$ 60.300
300	906207B	**Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 33.500	$ 33.500
301	906210B	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.800	$ 45.800
302	906211B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
303	906212B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
304	906213B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
305	906214B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
306	906215B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
307	903827B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$ 6.700	$ 6.700
308	903829B	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 46.300	$ 46.300
309	903830B	**FOSFATASA ACIDA	$ 17.300	$ 17.300
310	903831B	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 47.500	$ 47.500
311	903832B	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$ 47.500	$ 47.500
312	903834B	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$ 15.100	$ 15.100
313	903837B	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$ 23.400	$ 23.400
314	903840B	**GLUCOSA EN ORINA	$ 13.400	$ 13.400
315	903847B	**LIPASA	$ 31.800	$ 31.800
316	903848B	**LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 45.200	$ 45.200
317	903855B	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 19.000	$ 19.000
318	903869B	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 11.200	$ 11.200
319	906614B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
320	906618B	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
321	906620B	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
322	906621B	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125.000	$ 125.000
323	906622B	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.200	$ 107.200
324	906623B	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125.000	$ 125.000
325	903833B	**FOSFATASA ALCALINA	$ 14.700	$ 14.700
326	903835B	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 16.700	$ 16.700
327	903836B	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 15.900	$ 15.900
328	903838B	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 24.800	$ 24.800
329	903842B	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA	$ 33.500	$ 33.500
330	903843B	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 35.700	$ 35.700
331	903844B	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894	$ 65.900	$ 65.900
332	903845B	**GLUCOSA TEST O¿ SULLIVAN	$ 37.400	$ 37.400
333	903846B	**HIERRO TOTAL	$ 40.200	$ 40.200
334	903849B	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 53.600	$ 53.600

335	903850B	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 58.200	$ 58.200
336	903851B	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$ 51.600	$ 51.600
337	903852B	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 57.600	$ 57.600
338	903853B	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$ 56.300	$ 56.300
339	903854B	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19.000	$ 19.000
340	903856B	**NITROGENO UREICO	$ 10.600	$ 10.600
341	903857B	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.600	$ 10.600
342	903859B	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 33.500	$ 33.500
343	905714B	**CAFEINA AUTOMATIZADO	$ 39.800	$ 39.800
344	905715B	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 39.800	$ 39.800
345	905716B	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$ 25.500	$ 25.500
346	905718B	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 70.600	$ 70.600
347	905719B	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 70.600	$ 70.600
348	905720B	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.700	$ 30.700
349	905721B	**CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 30.700	$ 30.700
350	905722B	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 29.000	$ 29.000
351	905723B	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 29.000	$ 29.000
352	905724B	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL	$ 43.500	$ 43.500
353	905725B	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.700	$ 44.700
354	905727B	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS	$ 51.900	$ 51.900
355	906216B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.200	$ 78.200
356	906217B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.200	$ 78.200
357	906219B	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.000	$ 38.000
358	906224B	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$ 90.400	$ 90.400
359	906226B	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.700	$ 73.700
360	906227B	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.700	$ 73.700
361	906229B	**Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
362	906230B	**Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
363	906231B	**Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
364	906233B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.800	$ 95.800
365	906234B	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 70.300	$ 70.300
366	906235B	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 70.300	$ 70.300
367	906236B	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 74.800	$ 74.800
368	906237B	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 74.800	$ 74.800
369	906238B	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.700	$ 73.700
370	906239B	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.200	$ 77.200
371	906624B	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.400	$ 118.400
372	906626B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.000	$ 43.000

373	906701B	**CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$ 113.700	$ 113.700
374	906702B	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 165.200	$ 165.200
375	906703B	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 165.200	$ 165.200
376	906704B	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 165.200	$ 165.200
377	906705B	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 165.200	$ 165.200
378	906706B	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 165.200	$ 165.200
379	906707B	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 165.200	$ 165.200
380	906708B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 165.200	$ 165.200
381	906709B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 165.200	$ 165.200
382	906710B	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.700	$ 92.700
383	906711B	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.200	$ 69.200
384	906715B	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 110.000	$ 110.000
385	903860B	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 33.500	$ 33.500
386	903861B	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 11.200	$ 11.200
387	903862B	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.600	$ 10.600
388	903863B	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 10.000	$ 10.000
389	903864B	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 27.400	$ 27.400
390	903866B	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 24.000	$ 24.000
391	903867B	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 24.000	$ 24.000
392	903868B	**TRIGLICERIDOS	$ 15.100	$ 15.100
393	904101B	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 128.400	$ 128.400
394	904104B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$ 78.200	$ 78.200
395	904508B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 17.900	$ 17.900
396	904920B	**TIROGLOBULINA	$ 45.000	$ 45.000
397	905201B	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
398	906001B	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 35.700	$ 35.700
399	906019B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.200	$ 47.200
400	906025B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57.500	$ 57.500
401	906208B	**Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 30.700	$ 30.700
402	905728B	**ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 61.400	$ 61.400
403	860203B	**PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	$ 50.000	$ 50.000
404	860204B	**PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA	$ 52.500	$ 52.500
405	860206B	**LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	$ 30.700	$ 30.700
406	860208B	**PRUEBA DE INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	$ 29.500	$ 29.500
407	860209B	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	$ 30.700	$ 30.700
408	901001B	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 29.300	$ 29.300
409	901002B	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 27.600	$ 27.600
410	901003B	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 31.100	$ 31.100
411	901004B	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 23.400	$ 23.400
412	901005B	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION	$ 54.200	$ 54.200
413	901006B	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	$ 54.200	$ 54.200
414	901007B	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 416.000	$ 416.000

415	901008B	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$ 40.200	$ 40.200
416	901102B	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	$ 31.400	$ 31.400
417	906240B	**Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86.000	$ 86.000
418	906242B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.500	$ 79.500
419	906244B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.200	$ 74.200
420	906245B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 34.600	$ 34.600
421	906246B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 34.600	$ 34.600
422	906247B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.300	$ 39.300
423	906248B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.300	$ 39.300
424	906250B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 443.600	$ 443.600
425	902112B	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 29.200	$ 29.200
426	902113B	**HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 39.300	$ 39.300
427	902114B	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 17.200	$ 17.200
428	902115B	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 26.800	$ 26.800
429	902118B	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 11.700	$ 11.700
430	902123B	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$ 23.800	$ 23.800
431	902205B	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 5.600	$ 5.600
432	902207B	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$ 22.300	$ 22.300
433	906718B	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.300	$ 98.300
434	906719B	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.300	$ 98.300
435	906722B	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.800	$ 93.800
436	906723B	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 93.800	$ 93.800
437	906724B	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.600	$ 109.600
438	906725B	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 109.600	$ 109.600
439	906726B	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.300	$ 98.300
440	906727B	**LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.300	$ 98.300
441	906728B	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.300	$ 98.300
442	906729B	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.300	$ 98.300
443	906730B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.300	$ 98.300
444	906731B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.300	$ 98.300
445	906209B	**Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 44.700	$ 44.700
446	906228B	**Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.300	$ 79.300
447	906304B	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19	$ 52.100	$ 52.100
448	906406B	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.700	$ 75.700
449	906408B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.600	$ 96.600
450	906418B	**DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 73.700	$ 73.700
451	906422B	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$ 67.500	$ 67.500
452	906433B	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$ 43.000	$ 43.000
453	906437B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$ 42.400	$ 42.400

454	906441B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 90.400	$ 90.400
455	906466B	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.400	$ 71.400
456	906801B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19.500	$ 19.500
457	906827B	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 42.400	$ 42.400
458	906829B	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 42.400	$ 42.400
459	906832B	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 42.400	$ 42.400
460	906901B	**AGLUTININAS AL FRIO	$ 11.700	$ 11.700
461	901103B	**COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$ 29.000	$ 29.000
462	901104B	**COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 25.700	$ 25.700
463	901105B	**COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	$ 25.700	$ 25.700
464	901106B	**COLORACION GIEMSA Y LECTURA	$ 25.700	$ 25.700
465	901108B	**COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 25.700	$ 25.700
466	901110B	**COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia	$ 28.100	$ 28.100
467	901201B	**Actinomyces CULTIVO	$ 27.900	$ 27.900
468	901202B	**Bordetella pertussis CULTIVO	$ 31.800	$ 31.800
469	901203B	**Brucella CULTIVO	$ 35.700	$ 35.700
470	901204B	**Clostridium botulinum CULTIVO	$ 51.400	$ 51.400
471	901205B	**Clostridium difficile CULTIVO	$ 51.400	$ 51.400
472	901207B	**Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 49.100	$ 49.100
473	901208B	**Cryptococcus neoformans CULTIVO	$ 35.700	$ 35.700
474	901209B	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$ 53.900	$ 53.900
475	901210B	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 33.500	$ 33.500
476	901212B	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 29.000	$ 29.000
477	901214B	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 49.100	$ 49.100
478	902208B	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 22.300	$ 22.300
479	902209B	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$ 22.300	$ 22.300
480	902211B	**HEMATOCRITO	$ 3.300	$ 3.300
481	902213B	**HEMOGLOBINA	$ 9.500	$ 9.500
482	902215B	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 10.000	$ 10.000
483	902216B	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 19.000	$ 19.000
484	902217B	**PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 11.200	$ 11.200
485	902219B	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$ 12.300	$ 12.300
486	902220B	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 7.300	$ 7.300
487	902224B	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 12.300	$ 12.300
488	902225B	**TITULO ANTI D	$ 30.100	$ 30.100
489	902226B	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$ 23.400	$ 23.400
490	903001B	**ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 20.100	$ 20.100
491	903002B	**ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 74.700	$ 74.700
492	903003B	**BICARBONATO	$ 38.000	$ 38.000
493	903004B	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 27.900	$ 27.900

494	903005B	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 27.900	$ 27.900
495	903006B	**CAROTENOS	$ 22.300	$ 22.300
496	906732B	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.300	$ 98.300
497	906733B	**LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.300	$ 98.300
498	906734B	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.300	$ 98.300
499	906735B	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.300	$ 98.300
500	906736B	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.300	$ 98.300
501	906737B	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.300	$ 98.300
502	904001B	**ANGIOTENSINA II	$ 40.200	$ 40.200
503	904002B	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 60.300	$ 60.300
504	904004B	**RENINA TOTAL	$ 78.200	$ 78.200
505	904102B	**HORMONA ANTIDIURETICA	$ 159.700	$ 159.700
506	904103B	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$ 58.100	$ 58.100
507	904106B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 175.300	$ 175.300
508	904201B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$ 175.000	$ 175.000
509	904202B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 156.300	$ 156.300
510	904203B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	$ 160.800	$ 160.800
511	904204B	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$ 55.800	$ 55.800
512	860207B	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	$ 14.900	$ 14.900
513	902004B	**ANTICOAGULANTE LUPICO	$ 56.300	$ 56.300
514	902007B	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 61.400	$ 61.400
515	902011B	**DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 11.700	$ 11.700
516	902024B	**FIBRINOGENO	$ 18.400	$ 18.400
517	902034B	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	$ 43.000	$ 43.000
518	902035B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 77.500	$ 77.500
519	902045B	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 33.500	$ 33.500
520	902046B	**TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	$ 3.900	$ 3.900
521	902049B	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 11.200	$ 11.200
522	902121B	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 6.700	$ 6.700
523	902204B	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 4.700	$ 4.700
524	902206B	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 8.000	$ 8.000
525	902210B	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 22.300	$ 22.300
526	902214B	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 10.000	$ 10.000
527	902218B	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 12.300	$ 12.300
528	902221B	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 6.900	$ 6.900
529	901215B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBICS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 49.100	$ 49.100
530	901216B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 55.800	$ 55.800
531	901219B	**CULTIVO PARA VIRUS	$ 192.000	$ 192.000
532	901220B	**Helicobacter pylori CULTIVO	$ 58.100	$ 58.100
533	901222B	**HEMOCULTIVO AEROBIC MANUAL CADA MUESTRA	$ 62.900	$ 62.900

534	901224B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 62.900	$ 62.900
535	901226B	**HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION	$ 62.900	$ 62.900
536	901227B	**HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 62.900	$ 62.900
537	901228B	**Legionella CULTIVO	$ 30.100	$ 30.100
538	901232B	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 48.000	$ 48.000
539	905729B	**ESTRICNINA AUTOMATIZADO	$ 61.400	$ 61.400
540	905730B	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
541	905731B	**MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
542	905732B	**METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.100	$ 39.100
543	905733B	**METACUALONA MANUAL	$ 39.100	$ 39.100
544	905734B	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 28.400	$ 28.400
545	905735B	**METADONA MANUAL	$ 26.800	$ 26.800
546	903007B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA EPINEFRINA Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE24H	$ 35.000	$ 35.000
547	903008B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 35.000	$ 35.000
548	903009B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$ 32.400	$ 32.400
549	903010B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$ 32.400	$ 32.400
550	903017B	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 22.900	$ 22.900
551	903018B	**FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	$ 14.000	$ 14.000
552	903019B	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO	$ 23.400	$ 23.400
553	903022B	**HOMOCISTEINA	$ 94.900	$ 94.900
554	903023B	**HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 73.700	$ 73.700
555	903016B	**FERRITINA	$ 48.000	$ 48.000
556	903105B	**ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 61.400	$ 61.400
557	903703B	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 112.800	$ 112.800
558	903706B	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 112.800	$ 112.800
559	904105B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 78.200	$ 78.200
560	904107B	**HORMONA LUTEINIZANTE	$ 42.000	$ 42.000
561	904108B	**PROLACTINA	$ 78.200	$ 78.200
562	904109B	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 27.900	$ 27.900
563	904503B	**ESTRADIOL	$ 68.100	$ 68.100
564	904510B	**PROGESTERONA	$ 71.500	$ 71.500
565	904602B	**TESTOSTERONA TOTAL	$ 67.000	$ 67.000
566	904702B	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 62.500	$ 62.500
567	904704B	**INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 75.900	$ 75.900
568	904806B	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 60.300	$ 60.300
569	904807B	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 60.300	$ 60.300
570	904904B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 35.000	$ 35.000
571	904912B	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$ 100.500	$ 100.500
572	904921B	**TIROXINA LIBRE	$ 56.900	$ 56.900
573	904922B	**TIROXINA TOTAL	$ 56.900	$ 56.900
574	902223B	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 12.300	$ 12.300

575	906903B	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30.100	$ 30.100
576	906906B	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$ 86.000	$ 86.000
577	906908B	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$ 86.000	$ 86.000
578	906910B	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 14.500	$ 14.500
579	906913B	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 48.000	$ 48.000
580	905205B	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 80.400	$ 80.400
581	905206B	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 71.500	$ 71.500
582	905210B	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$ 17.900	$ 17.900
583	905213B	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$ 83.700	$ 83.700
584	905214B	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$ 83.700	$ 83.700
585	905301B	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
586	905303B	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$ 53.600	$ 53.600
587	905305B	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$ 49.700	$ 49.700
588	905736B	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS	$ 51.400	$ 51.400
589	905737B	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.100	$ 30.100
590	905738B	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$ 30.100	$ 30.100
591	905739B	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA	$ 51.600	$ 51.600
592	905741B	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	$ 39.100	$ 39.100
593	905742B	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$ 53.000	$ 53.000
594	905743B	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$ 53.000	$ 53.000
595	905744B	**PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 35.700	$ 35.700
596	905745B	**PIRETRINAS MANUAL	$ 45.800	$ 45.800
597	905746B	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$ 45.800	$ 45.800
598	905747B	**PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 45.800	$ 45.800
599	905748B	**PIRETROIDES MANUAL	$ 45.800	$ 45.800
600	905749B	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.900	$ 80.900
601	905750B	**PRIMIDONA MANUAL	$ 80.900	$ 80.900
602	905751B	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 46.900	$ 46.900
603	905752B	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.900	$ 46.900
604	905753B	**QUININA SEMIAUTOMATIZADO	$ 29.000	$ 29.000
605	906251B	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 2.663.300	$ 2.663.300
606	906252B	**Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 25.700	$ 25.700
607	906253B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$ 27.900	$ 27.900
608	906302B	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 170.000	$ 170.000
609	906303B	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 149.800	$ 149.800
610	906305B	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.600	$ 91.600
611	906306B	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22.300	$ 22.300
612	906307B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.300	$ 41.300
613	906308B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$ 41.300	$ 41.300
614	906310B	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.800	$ 112.800
615	906312B	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.800	$ 112.800

616	906314B	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO	$ 32.400	$ 32.400
617	906319B	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.700	$ 73.700
618	904924B	**TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 55.800	$ 55.800
619	904925B	**TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 55.800	$ 55.800
620	906040B	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.900	$ 84.900
621	906127B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 88.200	$ 88.200
622	906129B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 88.200	$ 88.200
623	906131B	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.000	$ 40.000
624	906205B	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.400	$ 61.400
625	906206B	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.400	$ 61.400
626	906218B	**Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.700	$ 73.700
627	906220B	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.400	$ 90.400
628	906221B	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.600	$ 72.600
629	906222B	**Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.400	$ 90.400
630	906223B	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.400	$ 90.400
631	906225B	**Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.800	$ 103.800
632	906232B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.700	$ 73.700
633	906241B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 79.500	$ 79.500
634	906243B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 74.200	$ 74.200
635	906249B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 84.900	$ 84.900
636	906317B	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 90.400	$ 90.400
637	905308B	**FENCICLIDINA	$ 27.900	$ 27.900
638	905401B	**AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 35.700	$ 35.700
639	905404B	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 54.700	$ 54.700
640	905406B	**KANAMICINA AUTOMATIZADO	$ 35.700	$ 35.700
641	905409B	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 35.700	$ 35.700
642	905410B	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
643	905603B	**DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 65.900	$ 65.900
644	905604B	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 65.900	$ 65.900
645	905607B	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.100	$ 73.100
646	905754B	**RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES Incluye: BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA	$ 65.900	$ 65.900
647	905755B	**SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 29.000	$ 29.000
648	905756B	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 29.000	$ 29.000
649	905759B	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	$ 35.700	$ 35.700
650	905760B	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.700	$ 44.700
651	906002B	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 34.600	$ 34.600
652	906003B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.400	$ 78.400
653	906004B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 78.400	$ 78.400
654	906005B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 78.400	$ 78.400
655	906006B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 78.400	$ 78.400
656	906007B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 78.400	$ 78.400
657	906008B	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.800	$ 74.800
658	906009B	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.900	$ 66.900

659	906010B	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 63.600	$ 63.600
660	906320B	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.800	$ 55.800
661	906321B	**Influenza ANTIGENO	$ 49.100	$ 49.100
662	906322B	**Legionella spp ANTIGENO	$ 100.500	$ 100.500
663	906323B	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO	$ 42.400	$ 42.400
664	906324B	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	$ 30.100	$ 30.100
665	906325B	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19.000	$ 19.000
666	906326B	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.900	$ 75.900
667	906327B	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	$ 75.900	$ 75.900
668	906328B	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL	$ 33.500	$ 33.500
669	906401B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 24.100	$ 24.100
670	906404B	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 122.300	$ 122.300
671	906405B	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 46.900	$ 46.900
672	906407B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.000	$ 96.000
673	906409B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.000	$ 96.000
674	906410B	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.900	$ 56.900
675	906411B	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
676	906413B	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.300	$ 89.300
677	906318B	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.400	$ 90.400
678	906463B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 61.400	$ 61.400
679	906602B	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.500	$ 81.500
680	906603B	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.400	$ 109.400
681	906604B	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 165.200	$ 165.200
682	906605B	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 132.900	$ 132.900
683	906606B	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 132.900	$ 132.900
684	906610B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.700	$ 150.700
685	906611B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.000	$ 134.000
686	906625B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.800	$ 40.800
687	906835B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 60.300	$ 60.300
688	906915B	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$ 13.400	$ 13.400
689	904301B	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 76.500	$ 76.500
690	904302B	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$ 54.200	$ 54.200
691	904303B	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 54.200	$ 54.200
692	904401B	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 70.300	$ 70.300
693	905701B	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 39.100	$ 39.100
694	905702B	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 39.100	$ 39.100
695	905703B	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$ 46.900	$ 46.900
696	905704B	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.900	$ 46.900
697	905705B	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	$ 33.500	$ 33.500
698	905707B	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$ 33.500	$ 33.500
699	905708B	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.500	$ 33.500
700	905710B	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$ 50.200	$ 50.200
701	905711B	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$ 27.700	$ 27.700

702	905712B	**BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS	$ 60.300	$ 60.300
703	905713B	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS	$ 10.000	$ 10.000
704	906907B	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 86.000	$ 86.000
705	906911B	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 24.000	$ 24.000
706	906912B	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.400	$ 42.400
707	906914B	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 14.900	$ 14.900
708	907001B	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 7.800	$ 7.800
709	907003B	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 11.200	$ 11.200
710	907005B	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$ 17.900	$ 17.900
711	906012B	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 18.400	$ 18.400
712	906013B	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 68.100	$ 68.100
713	901233B	**Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 48.000	$ 48.000
714	901234B	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS	$ 31.300	$ 31.300
715	901235B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	$ 62.300	$ 62.300
716	901237B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	$ 62.300	$ 62.300
717	901238B	**Yersinia enterocolitica CULTIVO	$ 34.600	$ 34.600
718	901239B	**Trichomona CULTIVO	$ 48.000	$ 48.000
719	901301B	**BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	$ 155.200	$ 155.200
720	901303B	**Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	$ 22.300	$ 22.300
721	901306B	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR	$ 11.200	$ 11.200
722	901307B	**HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	$ 23.400	$ 23.400
723	901309B	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 61.400	$ 61.400
724	901310B	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA	$ 61.400	$ 61.400
725	906417B	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.700	$ 73.700
726	906419B	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 45.800	$ 45.800
727	906420B	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 69.200	$ 69.200
728	906421B	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.500	$ 33.500
729	906423B	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$ 67.500	$ 67.500
730	906425B	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.300	$ 52.300
731	906426B	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.300	$ 52.300
732	906427B	**ISOAGLUTININAS	$ 11.700	$ 11.700
733	903026B	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 43.500	$ 43.500
734	903028B	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 43.500	$ 43.500
735	903030B	**MIOGLOBINA CARDIACA	$ 26.800	$ 26.800
736	903031B	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 26.800	$ 26.800
737	903111B	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 35.700	$ 35.700
738	903602B	**AMONIO	$ 32.400	$ 32.400
739	905204B	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.700	$ 44.700
740	905304B	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$ 32.400	$ 32.400

741	905306B	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$ 49.700	$ 49.700
742	905706B	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 33.500	$ 33.500
743	905717B	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$ 25.500	$ 25.500
744	905726B	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 44.700	$ 44.700
745	905740B	**OPIACEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEINA	$ 49.100	$ 49.100
746	906134B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 149.600	$ 149.600
747	904501B	**ANDROSTENEDIONA	$ 109.400	$ 109.400
748	904502B	**ANDROSTERONA EN ORINA	$ 74.800	$ 74.800
749	904504B	**ESTRIOL	$ 69.200	$ 69.200
750	907007B	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 15.000	$ 15.000
751	907008B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 6.700	$ 6.700
752	907010B	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$ 12.300	$ 12.300
753	907011B	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$ 12.300	$ 12.300
754	907101B	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 7.800	$ 7.800
755	907102B	**HEMOGLOBINURIA	$ 22.300	$ 22.300
756	907104B	**RECUENTO DE ADDIS	$ 12.300	$ 12.300
757	907107B	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 12.300	$ 12.300
758	907203B	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$ 29.600	$ 29.600
759	908301B	**ASPARTILCILASA, EN LEUCOCITOS	$ 105.000	$ 105.000
760	908302B	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 21.200	$ 21.200
761	908304B	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	$ 96.000	$ 96.000
762	908305B	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 40.200	$ 40.200
763	908306B	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 38.000	$ 38.000
764	908308B	**ACIDO OROTICO	$ 57.500	$ 57.500
765	908309B	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO	$ 59.200	$ 59.200
766	908310B	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	$ 56.900	$ 56.900
767	908311B	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$ 56.900	$ 56.900
768	901311B	**Leptospira SEROTIPIFICACION	$ 30.100	$ 30.100
769	901312B	**Listeria SEROTIPIFICACION	$ 36.800	$ 36.800
770	901313B	**Mycobacterium IDENTIFICACION	$ 87.100	$ 87.100
771	901315B	**Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO	$ 87.100	$ 87.100
772	901317B	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX	$ 43.500	$ 43.500
773	906014B	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.600	$ 91.600
774	906015B	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.600	$ 91.600
775	906016B	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
776	906017B	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.500	$ 52.500
777	906018B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.700	$ 49.700
778	906020B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.900	$ 44.900
779	906021B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.900	$ 44.900
780	906022B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 141.800	$ 141.800
781	906023B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.300	$ 31.300

782	906024B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.700	$ 44.700
783	906026B	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.500	$ 100.500
784	903035B	**OSTEOCALCINA	$ 38.000	$ 38.000
785	903036B	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 53.600	$ 53.600
786	903038B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 24.600	$ 24.600
787	903039B	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 20.100	$ 20.100
788	903045B	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 75.900	$ 75.900
789	903047B	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 21.200	$ 21.200
790	903101B	**ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 36.800	$ 36.800
791	903102B	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.300	$ 12.300
792	903103B	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 34.600	$ 34.600
793	903104B	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 53.600	$ 53.600
794	903106B	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$ 56.600	$ 56.600
795	903107B	**ACIDO FORMICO EN ORINA	$ 69.200	$ 69.200
796	904505B	**ESTRIOL LIBRE	$ 69.200	$ 69.200
797	904506B	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$ 39.600	$ 39.600
798	904601B	**TESTOSTERONA LIBRE	$ 73.700	$ 73.700
799	904705B	**INSULINA LIBRE	$ 30.100	$ 30.100
800	904707B	**PROINSULINA	$ 264.600	$ 264.600
801	904708B	**SOMATOSTATINA	$ 178.600	$ 178.600
802	904801B	**ALDOSTERONA	$ 115.000	$ 115.000
803	904802B	**ALDOSTERONA EN ORINA	$ 115.000	$ 115.000
804	904803B	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 91.600	$ 91.600
805	904804B	**CETOESTEROIDES 17	$ 65.900	$ 65.900
806	904808B	**DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 100.500	$ 100.500
807	904811B	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 30.100	$ 30.100
808	904901B	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 62.500	$ 62.500
809	904902B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 74.800	$ 74.800
810	904905B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$ 54.700	$ 54.700
811	904906B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$ 32.400	$ 32.400
812	908312B	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	$ 56.800	$ 56.800
813	908313B	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	$ 56.800	$ 56.800
814	908314B	**CISTINA CUANTITATIVA	$ 113.300	$ 113.300
815	908316B	**FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 19.000	$ 19.000
816	908317B	**TIROSINA TEST CON RAIZ DE CABELLO	$ 36.300	$ 36.300
817	908318B	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 27.900	$ 27.900
818	908320B	**GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 22.300	$ 22.300
819	908324B	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 67.000	$ 67.000
820	908325B	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$ 93.800	$ 93.800
821	908326B	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 310.000	$ 310.000
822	908327B	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 22.300	$ 22.300
823	908329B	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 367.200	$ 367.200

824	908330B	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 98.300	$ 98.300
825	906027B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 100.500	$ 100.500
826	906028B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 100.500	$ 100.500
827	906029B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30.100	$ 30.100
828	906030B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30.100	$ 30.100
829	906031B	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.100	$ 87.100
830	906032B	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.100	$ 87.100
831	906033B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.900	$ 27.900
832	906034B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.900	$ 27.900
833	906035B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.900	$ 27.900
834	906036B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.900	$ 27.900
835	906037B	**Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 26.800	$ 26.800
836	906038B	**Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$ 20.100	$ 20.100
837	906039B	**Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 35.000	$ 35.000
838	906041B	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.000	$ 110.000
839	906050B	**Actynomices ANTICUERPOS	$ 68.100	$ 68.100
840	906133B	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 160.000	$ 160.000
841	906260B	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 53.600	$ 53.600
		DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO COVID-19		
842	A32026B	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG G	$ 90.000	$ 90.000
843	A32028B	**SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENO	$ 200.000	$ 200.000
844	A32027B	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG M	$ 90.000	$ 90.000
		DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE ESPIROMETRÍAS		
845	893703B	**ESPIROMETRIA Incluye: PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE	$ 61.400	$ 61.400
846	893705	**ESPIROMETRIA SIMPLE Y CON BRONCODILATADORES	$ 61.400	$ 61.400
		DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE FONOAUDIOLOGÍA		
847	954305B	**ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	$ 26.700	$ 26.700
848	954107B	**AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	$ 42.300	$ 42.300
849	954301B	**LOGOAUDIOMETRIA Incluye: RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACION DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCION INTENSIDAD- DISCRIMINACION DEL HABLA	$ 42.300	$ 42.300
850	954302B	**INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA) Incluye: TIMPANOMETRIA, GRADIENTE, VOLUMEN FISICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESION DEL OIDO MEDIO Y MEDICION DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)	$ 40.400	$ 40.400
851	954601B	**EMISIONES OTOACUSTICAS Incluye: MEDICION CON PRODUCTOS DE DISTORSION, MEDICION CON TRANSIENTES	$ 52.500	$ 52.500
852	901111B	BASILOSCOPIA COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE	$ 21.500	$ 21.500
853	906263B	HEPATITIS C ANTICUERPOS	$ 103.800	$ 103.800
854	906442B	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	$ 33.500	$ 33.500
855	904805B	- CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 90.000	$ 90.000
856	906450B	- TIROIDES MICROSOMALES ANTICUERPOS	$ 69.200	$ 69.200

GRUPO 2

PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA				
ITEM	CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	COTIZACION DE BIONALISIS	MENOR VALOR COTIZADO
1	898001B	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	$ 49.350	$ 49.350
2	901107B	**COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$ 23.100	$ 23.100
3	901304B	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$ 28.350	$ 28.350
4	908436B	**DETECCION Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN	$ 264.600	$ 264.600

GRUPO 3

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO - ARAUCA				
ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	COTIZACION DE BIONALISIS	MENOR VALOR COTIZADO
1	930105B	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (INGRESO, PER. Y/O EGRESO)	$ 40.000	$ 40.000
2	890207B	OPTOMETRÍA	$ 30.000	$ 30.000
3	902209B	HEMOGRAMA IV NIVEL (CUADRO HEMÁTICO)	$ 22.300	$ 22.300
4	903841B	GLICEMIA	$ 20.000	$ 20.000
5		PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, HDL,LDL)	$ 113.700	$ 113.700
6	930401B	VALORACIÓN OSTEOMOSUCULAR	$ 40.000	$ 40.000

En el municipio de Arauca existen personas naturales y jurídicas reconocidas que pueden cotizar los servicios requeridos por la Unidad; algunas de esas entidades son IPS MEDYTEC SALUD, CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS E.U, L.C MICRODIAGNOSTIC Y BIOSAMAR, a las cuales se envió solicitud de cotización de los servicios que se pretenden contratar, allegando cotización la empresa CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS E.U y BIOSAMAR IPS SAS, sin embargo la cotización allegada por BIOSAMAR IPS SAS no se tuvo en cuenta para el análisis de los precios debido a que no cotizó las totalidad de los servicios requeridos y al solicitar aclaración, no hubo respuesta por parte de la entidad. Por lo anterior, los precios del mercado se tomarán de la cotización allegada por la entidad BIOANALIS con el fin de tomar precios actuales del mercado y garantizar la contratación de la totalidad de los servicios requeridos.

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

5.5 ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGIA EN ARAUCA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO SECOP II	PRECIOS DE CATÁLOGO	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	**PTERINAS, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE	NO APLICA	NO APLICA	$755.318	$ 725.700	$740.509
2	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	NO APLICA	NO APLICA	$104.253	$ 100.200	$102.227
3	**URODINAMIA ESTANDAR	NO APLICA	NO APLICA	$206.539	$ 198.500	$202.520
4	**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD Incluye: ANALISIS DEL SITIO DE LA LESION	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 150.000	$98.241
5	**TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
6	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Incluye: OPTOMETRIA, TONOMETRIA Y VALORACION ORTOPTICA LIMITADA O INICIAL, PRESCRIPCION DE TECNICAS O AYUDAS OPTICAS VISUALES, REMISION PARA: EVALUACION ORTOPTICA, ADAPTACION Y AJUSTE DE PROTESIS O AYUDAS OPTICAS V	NO APLICA	NO APLICA	$21.254	$ 30.000	$25.627
7	**ANALISIS DE AZUCARES Y DERIVADOS	NO APLICA	NO APLICA	$40.672	$ 39.100	$39.886
8	**PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 270.000	$158.241
9	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	NO APLICA	NO APLICA	$44.158	$ 65.000	$54.579
10	**EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 40.000	$37.431
11	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	NO APLICA	NO APLICA	$75.531	$ 72.600	$74.066
12	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	NO APLICA	NO APLICA	$98.773	$ 94.900	$96.837
13	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	NO APLICA	NO APLICA	$109.280	$ 105.000	$107.140
14	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION Incluye: AQUEL EN DETECCION DE ENFERMADES CUTANEAS COMO HERPES SIMPLE, ACANTALOSIS, AMPOLLOSAS ENTRE OTRAS CAUSAS, MEDIANTE PRUEBAS COMO TZANK U OTRAS	NO APLICA	NO APLICA	$19.843	$ 30.000	$24.922
15	**HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
16	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
17	**HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
18	**TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
19	**CUMARINICOS Incluye: OTRAS SJSTANCIAS DIFERENTES A LA WARFARINA	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
20	**WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$45.320	$ 70.000	$57.660
21	**WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$45.320	$ 210.000	$127.660
22	**ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$58.074	$ 55.800	$56.937
23	**BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
24	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$98.773	$ 370.000	$234.387
25	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$98.773	$ 370.000	$234.387
26	**LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$98.773	$ 94.900	$96.837
27	**LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$98.773	$ 94.900	$96.837
28	**OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS	NO APLICA	NO APLICA	$69.722	$ 67.000	$68.361
29	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	NO APLICA	NO APLICA	$148.739	$ 142.900	$145.820
30	**BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)	NO APLICA	NO APLICA	$848.279	$ 1.432.000	$1.140.140
31	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO	NO APLICA	NO APLICA	$848.279	$ 815.100	$831.690

32	**CARIOTIPO CON BANDEO G	NO APLICA	NO APLICA	$371.849	$ 357.300	$364.575
33	**CARIOTIPO CON BANDEO Q	NO APLICA	NO APLICA	$331.177	$ 318.200	$324.689
34	**CARIOTIPO CON BANDEO C	NO APLICA	NO APLICA	$331.177	$ 318.200	$324.689
35	**CARIOTIPO CON BANDEO RT	NO APLICA	NO APLICA	$371.849	$ 357.300	$364.575
36	**CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]	NO APLICA	NO APLICA	$418.329	$ 401.900	$410.115
37	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	NO APLICA	NO APLICA	$371.849	$ 357.300	$364.575
38	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	NO APLICA	NO APLICA	$336.988	$ 323.800	$330.394
39	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	NO APLICA	NO APLICA	$371.849	$ 357.300	$364.575
40	**ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	NO APLICA	NO APLICA	$1.605.922	$ 1.543.000	$1.574.461
41	**ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	NO APLICA	NO APLICA	$1.605.922	$ 1.543.000	$1.574.461
42	**PRUEBA DE CROMATINA	NO APLICA	NO APLICA	$69.722	$ 67.000	$68.361
43	**Aspergillus, ANTICUERPOS POR LATEX	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
44	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 165.100	$94.171
45	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
46	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$87.152	$ 83.700	$85.426
47	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$88.314	$ 84.900	$86.607
48	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
49	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 780.000	$416.146
50	**Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
51	**Echinococcus ANTICUERPOS	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
52	**Coccidioides ANTICUERPOS	NO APLICA	NO APLICA	$40.672	$ 39.100	$39.886
53	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
54	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
55	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$17.121	$ 16.500	$16.811
56	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
57	**ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$49.132	$ 47.200	$48.166
58	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
59	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$40.051	$ 38.500	$39.276
60	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	NO APLICA	NO APLICA	$79.300	$ 76.200	$77.750
61	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$85.709	$ 82.400	$84.055
62	**FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4	NO APLICA	NO APLICA	$21.828	$ 21.000	$21.414
63	**CURVA DE LACTOSA	NO APLICA	NO APLICA	$244.026	$ 234.500	$239.263
64	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
65	**ALDOLASA	NO APLICA	NO APLICA	$34.107	$ 32.800	$33.454
66	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$38.347	$ 36.800	$37.574
67	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$21.227	$ 20.400	$20.814
68	**ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$21.227	$ 20.400	$20.814
69	**ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$21.227	$ 20.400	$20.814
70	**ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	NO APLICA	NO APLICA	$24.032	$ 90.000	$57.016
71	**ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	NO APLICA	NO APLICA	$20.916	$ 130.000	$75.458
72	**APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$118.527	$ 113.900	$116.214
73	**APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$118.527	$ 113.900	$116.214

74	**BETA TROMBOGLOBULINA	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
75	**LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
76	**LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
77	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 120.000	$100.671
78	**LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$98.773	$ 94.900	$96.837
79	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
80	**MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$60.425	$ 58.100	$59.263
81	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
82	**MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
83	**PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
84	**PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
85	**PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
86	**PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
87	**CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$27.888	$ 26.800	$27.344
88	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	NO APLICA	NO APLICA	$15.106	$ 14.500	$14.803
89	**COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA Incluye: Cryptococcus neoformans	NO APLICA	NO APLICA	$16.269	$ 15.600	$15.935
90	**COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	NO APLICA	NO APLICA	$69.722	$ 67.000	$68.361
91	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
92	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	NO APLICA	NO APLICA	$54.169	$ 65.000	$59.585
93	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	NO APLICA	NO APLICA	$56.939	$ 100.000	$78.470
94	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$60.425	$ 74.100	$67.263
95	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$60.425	$ 110.000	$85.213
96	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$60.425	$ 100.000	$80.213
97	**MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$61.588	$ 90.000	$75.794
98	**Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$61.588	$ 90.000	$75.794
99	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
100	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
101	**Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	NO APLICA	NO APLICA	$273.200	$ 262.500	$267.850
102	**COLIGLICINA	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
103	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	NO APLICA	NO APLICA	$80.180	$ 135.000	$107.590
104	**FRUCTOSAMINA	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
105	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$53.453	$ 51.400	$52.427
106	**HEMOSIDERINA EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$48.806	$ 46.900	$47.853
107	**ISOLEUCOAGLUTININAS	NO APLICA	NO APLICA	$22.078	$ 21.200	$21.639
108	**SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
109	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
110	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017

111	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	NO APLICA	NO APLICA	$128.985	$ 123.900	$126.443
112	**COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$373.011	$ 358.400	$365.706
113	**COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$75.531	$ 72.600	$74.066
114	**ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$69.088	$ 66.400	$67.744
115	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$88.314	$ 84.900	$86.607
116	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$88.314	$ 84.900	$86.607
117	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.112	$ 73.100	$74.606
118	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$52.873	$ 50.800	$51.837
119	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
120	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$20.916	$ 110.000	$65.458
121	**FAGOCITOSIS ESTUDIO	NO APLICA	NO APLICA	$16.849	$ 16.200	$16.525
122	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 340.000	$219.967
123	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$231.244	$ 222.200	$226.722
124	**INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$45.320	$ 43.500	$44.410
125	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$73.208	$ 170.000	$121.604
126	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
127	**Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA RAPIDA O DIRECTA)	NO APLICA	NO APLICA	$21.498	$ 40.000	$30.749
128	**FENILALANINA CUALITATIVA	NO APLICA	NO APLICA	$20.335	$ 60.000	$40.168
129	**GALACTOSA	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
130	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL	NO APLICA	NO APLICA	$73.208	$ 70.300	$71.754
131	**Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
132	**Adenovirus ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$61.588	$ 59.200	$60.394
133	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$22.078	$ 21.200	$21.639
134	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$32.537	$ 31.300	$31.919
135	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$73.208	$ 70.300	$71.754
136	**Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
137	**Shiguella SEROTIPIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$26.727	$ 25.700	$26.214
138	**Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$26.727	$ 25.700	$26.214
139	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$20.916	$ 20.100	$20.508
140	**Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$90.638	$ 340.000	$215.319
141	**PRUEBA DE CONCENTRACION BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$32.537	$ 31.300	$31.919
142	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
143	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
144	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 20.000	$16.391
145	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
146	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
147	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
148	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$39.509	$ 38.000	$38.755
149	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$39.509	$ 38.000	$38.755

150	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$343.960	$ 330.500	$337.230
151	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$267.266	$ 256.800	$262.033
152	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
153	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
154	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
155	**QUERATINA ANTICUERPOS	NO APLICA	NO APLICA	$80.180	$ 77.000	$78.590
156	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.640	$ 52.500	$53.570
157	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.640	$ 52.500	$53.570
158	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.640	$ 52.500	$53.570
159	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
160	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$51.130	$ 49.100	$50.115
161	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
162	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$51.130	$ 49.100	$50.115
163	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$65.073	$ 62.500	$63.787
164	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$61.588	$ 59.200	$60.394
165	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$55.271	$ 53.100	$54.186
166	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$538.018	$ 516.900	$527.459
167	**AGLUTININAS AL CALOR	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
168	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$66.236	$ 63.600	$64.918
169	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$89.475	$ 86.000	$87.738
170	**Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCION DEL PROVIRUS REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	NO APLICA	NO APLICA	$70.883	$ 500.000	$285.442
171	**Citomegalovirus CARGA VIRAL	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 290.000	$171.146
172	**Hepatitis B CARGA VIRAL	NO APLICA	NO APLICA	$94.118	$ 330.000	$212.059
173	**Hepatitis C CARGA VIRAL	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 320.000	$209.967
174	**Herpes simplex CARGA VIRAL	NO APLICA	NO APLICA	$67.397	$ 403.000	$235.199
175	**Coxsackie A IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
176	**Coxsackie B IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
177	**Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 300.000	$199.967
178	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	NO APLICA	NO APLICA	$69.722	$ 300.000	$184.861
179	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
180	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
181	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	NO APLICA	NO APLICA	$60.425	$ 58.100	$59.263
182	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
183	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
184	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
185	**DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	NO APLICA	NO APLICA	$9.296	$ 8.900	$9.098

186	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	NO APLICA	NO APLICA	$11.039	$ 10.600	$10.820
187	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
188	**FACTOR III PLAQUETARIO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
189	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
190	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 110.000	$66.621
191	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 110.000	$66.621
192	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 110.000	$66.621
193	**FACTOR X [STUART PROWER]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 110.000	$66.621
194	**FACTOR XI [PTA]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 110.000	$66.621
195	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 110.000	$66.621
196	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 170.000	$96.621
197	**HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$8.134	$ 290.000	$149.067
198	**HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]	NO APLICA	NO APLICA	$9.411	$ 150.000	$79.706
199	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.640	$ 52.500	$53.570
200	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
201	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$40.284	$ 38.700	$39.492
202	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$72.045	$ 69.200	$70.623
203	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
204	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
205	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	NO APLICA	NO APLICA	$10.213	$ 9.800	$10.007
206	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	NO APLICA	NO APLICA	$13.944	$ 13.400	$13.672
207	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	NO APLICA	NO APLICA	$13.944	$ 13.400	$13.672
208	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
209	**PLASMINA [FIBRINOLISINA]	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
210	**PLASMINOGENO	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
211	**PRECALICREINA	NO APLICA	NO APLICA	$435.761	$ 560.000	$497.881
212	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
213	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	$75.531	$ 72.600	$74.066
214	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	NO APLICA	NO APLICA	$75.531	$ 72.600	$74.066
215	**PRUEBA DE PROTAMINA	NO APLICA	NO APLICA	$53.453	$ 51.400	$52.427
216	**RETRACCION DE COAGULO	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
217	**TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
218	**TIEMPO DE COAGULACION	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
219	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
220	**TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$5.229	$ 5.000	$5.115

221	**TIEMPO DE TROMBINA	NO APLICA	NO APLICA	$9.296	$ 8.900	$9.098
222	**CELULAS L.E.	NO APLICA	NO APLICA	$17.007	$ 16.300	$16.654
223	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	NO APLICA	NO APLICA	$11.039	$ 10.600	$10.820
224	**ERITROPOYETINA	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
225	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
226	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$13.816	$ 13.300	$13.558
227	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
228	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
229	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
230	**LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	NO APLICA	NO APLICA	$24.402	$ 23.400	$23.901
231	**LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 nm)	NO APLICA	NO APLICA	$49.162	$ 47.200	$48.181
232	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	NO APLICA	NO APLICA	$48.806	$ 46.900	$47.853
233	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	NO APLICA	NO APLICA	$58.574	$ 56.300	$57.437
234	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$61.588	$ 59.200	$60.394
235	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
236	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	NO APLICA	NO APLICA	$32.537	$ 31.300	$31.919
237	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$53.453	$ 51.400	$52.427
238	**COPROLOGICO	NO APLICA	NO APLICA	$6.972	$ 6.700	$6.836
239	**COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
240	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	NO APLICA	NO APLICA	$18.012	$ 17.300	$17.656
241	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	NO APLICA	NO APLICA	$7.553	$ 7.300	$7.427
242	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
243	**RECUENTO HAMBURGUER	NO APLICA	NO APLICA	$20.916	$ 20.100	$20.508
244	**UROANALISIS	NO APLICA	NO APLICA	$14.525	$ 14.000	$14.263
245	**ESPERMOGRAMA BASICO Incluye: MORFOLOGIA Y RECUENTO	NO APLICA	NO APLICA	$53.453	$ 51.400	$52.427
246	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 180.000	$130.671
247	**HEMOGLOBINA A 2	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 90.000	$68.241
248	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
249	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$74.951	$ 72.000	$73.476
250	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
251	**Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$95.867	$ 92.100	$93.984
252	**CALCIO AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$18.592	$ 17.900	$18.246
253	**CALCIO IONICO	NO APLICA	NO APLICA	$22.659	$ 40.000	$31.330

254	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
255	**IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	NO APLICA	NO APLICA	$104.583	$ 100.500	$102.542
256	**ZINC	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
257	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
258	**VITAMINA A [RETINOL]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
259	**VITAMINA B1 [TIAMINA]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
260	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
261	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
262	**VITAMINA E [TOCOFEROL]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
263	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$9.296	$ 8.900	$9.098
264	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$16.269	$ 15.600	$15.935
265	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
266	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
267	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$25.833	$ 24.800	$25.317
268	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$28.470	$ 27.400	$27.935
269	**CREATINA	NO APLICA	NO APLICA	$13.944	$ 13.400	$13.672
270	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	NO APLICA	NO APLICA	$8.611	$ 8.300	$8.456
271	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
272	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
273	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$15.106	$ 14.500	$14.803
274	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$15.106	$ 14.500	$14.803
275	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$9.296	$ 8.900	$9.098
276	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$18.592	$ 17.900	$18.246
277	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	NO APLICA	NO APLICA	$13.967	$ 13.400	$13.684
278	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$21.045	$ 20.200	$20.623
279	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$17.430	$ 16.700	$17.065
280	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	NO APLICA	NO APLICA	$36.023	$ 34.600	$35.312
281	**CLORO	NO APLICA	NO APLICA	$8.715	$ 8.400	$8.558
282	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$8.715	$ 8.400	$8.558
283	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$24.402	$ 23.400	$23.901
284	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
285	**COLESTEROL TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
286	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$26.029	$ 25.000	$25.515
287	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
288	**CREATININA DEPURACION	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
289	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$13.363	$ 12.800	$13.082
290	**DESHIDROGENASA LACTICA	NO APLICA	NO APLICA	$16.849	$ 16.200	$16.525
291	**Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$83.666	$ 80.400	$82.033
292	**Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$109.231	$ 105.000	$107.116
293	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771

294	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$91.800	$ 88.200	$90.000
295	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$91.800	$ 88.200	$90.000
296	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
297	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
298	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
299	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
300	**Dengue ANTICUERPOS Ig G	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
301	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$47.644	$ 45.800	$46.722
302	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
303	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
304	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
305	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
306	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
307	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)	NO APLICA	NO APLICA	$6.972	$ 6.700	$6.836
308	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	NO APLICA	NO APLICA	$48.224	$ 46.300	$47.262
309	**FOSFATASA ACIDA	NO APLICA	NO APLICA	$18.012	$ 17.300	$17.656
310	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$49.387	$ 47.500	$48.444
311	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$49.387	$ 47.500	$48.444
312	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	NO APLICA	NO APLICA	$15.687	$ 15.100	$15.394
313	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO	NO APLICA	NO APLICA	$24.402	$ 23.400	$23.901
314	**GLUCOSA EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$13.944	$ 13.400	$13.672
315	**LIPASA	NO APLICA	NO APLICA	$33.118	$ 31.800	$32.459
316	**LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	NO APLICA	NO APLICA	$47.063	$ 45.200	$46.132
317	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
318	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
319	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.616	$ 52.500	$53.558
320	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.616	$ 52.500	$53.558
321	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
322	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$130.147	$ 125.000	$127.574
323	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$111.555	$ 107.200	$109.378
324	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$130.147	$ 125.000	$127.574
325	**FOSFATASA ALCALINA	NO APLICA	NO APLICA	$15.339	$ 14.700	$15.020
326	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$17.430	$ 16.700	$17.065
327	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$16.500	$ 15.900	$16.200
328	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	NO APLICA	NO APLICA	$25.797	$ 24.800	$25.299

329	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
330	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
331	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894	NO APLICA	NO APLICA	$68.559	$ 65.900	$67.230
332	**GLUCOSA TEST O¿ SULLIVAN	NO APLICA	NO APLICA	$38.929	$ 37.400	$38.165
333	**HIERRO TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
334	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
335	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	NO APLICA	NO APLICA	$60.576	$ 58.200	$59.388
336	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	NO APLICA	NO APLICA	$53.669	$ 51.600	$52.635
337	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	NO APLICA	NO APLICA	$59.975	$ 57.600	$58.788
338	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	NO APLICA	NO APLICA	$58.574	$ 56.300	$57.437
339	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
340	**NITROGENO UREICO	NO APLICA	NO APLICA	$11.039	$ 10.600	$10.820
341	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$11.039	$ 10.600	$10.820
342	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
343	**CAFEINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.388	$ 39.800	$40.594
344	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$41.388	$ 39.800	$40.594
345	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	NO APLICA	NO APLICA	$26.511	$ 25.500	$26.006
346	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$73.439	$ 70.600	$72.020
347	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$73.439	$ 70.600	$72.020
348	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.956	$ 30.700	$31.328
349	**CIANUROS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.956	$ 30.700	$31.328
350	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$30.154	$ 29.000	$29.577
351	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$30.154	$ 29.000	$29.577
352	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$45.320	$ 43.500	$44.410
353	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
354	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$54.035	$ 51.900	$52.968
355	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
356	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
357	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$39.509	$ 38.000	$38.755
358	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
359	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
360	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197

361	**Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
362	**Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
363	**Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
364	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.703	$ 95.800	$97.752
365	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	NO APLICA	NO APLICA	$73.208	$ 70.300	$71.754
366	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	NO APLICA	NO APLICA	$73.208	$ 70.300	$71.754
367	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	NO APLICA	NO APLICA	$77.855	$ 74.800	$76.328
368	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	NO APLICA	NO APLICA	$77.855	$ 74.800	$76.328
369	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
370	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$80.312	$ 77.200	$78.756
371	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$123.175	$ 118.400	$120.788
372	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$44.757	$ 43.000	$43.879
373	**CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	NO APLICA	NO APLICA	$118.350	$ 113.700	$116.025
374	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
375	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
376	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
377	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
378	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
379	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
380	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
381	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
382	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$96.447	$ 92.700	$94.574
383	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$72.045	$ 69.200	$70.623
384	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	NO APLICA	NO APLICA	$114.460	$ 110.000	$112.230
385	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
386	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
387	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$11.039	$ 10.600	$10.820
388	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
389	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$28.470	$ 27.400	$27.935
390	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	NO APLICA	NO APLICA	$24.984	$ 24.000	$24.492
391	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	NO APLICA	NO APLICA	$24.984	$ 24.000	$24.492
392	**TRIGLICERIDOS	NO APLICA	NO APLICA	$15.687	$ 15.100	$15.394
393	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	NO APLICA	NO APLICA	$133.633	$ 128.400	$131.017
394	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
395	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	NO APLICA	NO APLICA	$18.592	$ 17.900	$18.246
396	**TIROGLOBULINA	NO APLICA	NO APLICA	$28.470	$ 45.000	$36.735

397	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
398	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
399	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$49.132	$ 47.200	$48.166
400	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$59.845	$ 57.500	$58.673
401	**Dengue ANTICUERPOS Ig M	NO APLICA	NO APLICA	$31.956	$ 30.700	$31.328
402	**ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
403	**PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	NO APLICA	NO APLICA	$52.065	$ 50.000	$51.033
404	**PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA	NO APLICA	NO APLICA	$54.616	$ 52.500	$53.558
405	**LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	NO APLICA	NO APLICA	$31.956	$ 30.700	$31.328
406	**PRUEBA DE INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	NO APLICA	NO APLICA	$30.738	$ 29.500	$30.119
407	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	NO APLICA	NO APLICA	$31.956	$ 30.700	$31.328
408	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)	NO APLICA	NO APLICA	$30.444	$ 29.300	$29.872
409	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$28.737	$ 27.600	$28.169
410	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$32.328	$ 31.100	$31.714
411	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$24.402	$ 23.400	$23.901
412	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION	NO APLICA	NO APLICA	$56.359	$ 54.200	$55.280
413	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	NO APLICA	NO APLICA	$56.359	$ 54.200	$55.280
414	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$201.030	$ 415.000	$308.515
415	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
416	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	NO APLICA	NO APLICA	$32.641	$ 31.400	$32.021
417	**Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$89.475	$ 86.000	$87.738
418	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.736	$ 79.500	$81.118
419	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$77.274	$ 74.200	$75.737
420	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$36.023	$ 34.600	$35.312
421	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$36.023	$ 34.600	$35.312
422	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$40.904	$ 39.300	$40.102
423	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$40.904	$ 39.300	$40.102
424	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	NO APLICA	NO APLICA	$461.700	$ 443.600	$452.650
425	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$30.439	$ 29.200	$29.820
426	**HEMOGLOBINA PLASMATICA	NO APLICA	NO APLICA	$40.904	$ 39.300	$40.102
427	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	NO APLICA	NO APLICA	$17.922	$ 17.200	$17.561
428	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	NO APLICA	NO APLICA	$27.888	$ 26.800	$27.344
429	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	NO APLICA	NO APLICA	$12.201	$ 11.700	$11.951
430	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	NO APLICA	NO APLICA	$24.751	$ 23.800	$24.276
431	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$5.810	$ 5.600	$5.705
432	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
433	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
434	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280

435	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$97.611	$ 93.800	$95.706
436	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$97.611	$ 93.800	$95.706
437	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$114.111	$ 109.600	$111.856
438	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$114.111	$ 109.600	$111.856
439	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
440	**LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
441	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
442	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
443	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
444	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
445	**Dengue ANTICUERPOS TOTALES	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
446	**Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.503	$ 79.300	$80.902
447	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19	NO APLICA	NO APLICA	$54.177	$ 52.100	$53.139
448	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$78.768	$ 75.700	$77.234
449	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$100.516	$ 96.600	$98.558
450	**DNA n ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
451	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	NO APLICA	NO APLICA	$70.302	$ 67.500	$68.901
452	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$44.738	$ 43.000	$43.869
453	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$44.158	$ 42.400	$43.279
454	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
455	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$74.310	$ 71.400	$72.855
456	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$20.335	$ 19.500	$19.918
457	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$44.158	$ 42.400	$43.279
458	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$44.158	$ 42.400	$43.279
459	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$44.158	$ 42.400	$43.279
460	**AGLUTININAS AL FRIO	NO APLICA	NO APLICA	$12.201	$ 11.700	$11.951
461	**COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	NO APLICA	NO APLICA	$30.213	$ 29.000	$29.607
462	**COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$26.727	$ 25.700	$26.214
463	**COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	NO APLICA	NO APLICA	$26.727	$ 25.700	$26.214
464	**COLORACION GIEMSA Y LECTURA	NO APLICA	NO APLICA	$26.727	$ 25.700	$26.214
465	**COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	NO APLICA	NO APLICA	$26.727	$ 25.700	$26.214
466	**COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia	NO APLICA	NO APLICA	$29.211	$ 28.100	$28.656
467	**Actinomyces CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
468	**Bordetella pertussis CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$33.118	$ 31.800	$32.459
469	**Brucella CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
470	**Clostridium botulinum CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$53.453	$ 51.400	$52.427
471	**Clostridium difficile CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$53.453	$ 51.400	$52.427

472	**Corynebacterium difteriae CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$51.130	$ 49.100	$50.115
473	**Cryptococcus neoformans CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
474	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	NO APLICA	NO APLICA	$56.072	$ 53.900	$54.986
475	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
476	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	NO APLICA	NO APLICA	$30.213	$ 29.000	$29.607
477	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	NO APLICA	NO APLICA	$51.130	$ 49.100	$50.115
478	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
479	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
480	**HEMATOCRITO	NO APLICA	NO APLICA	$3.486	$ 3.300	$3.393
481	**HEMOGLOBINA	NO APLICA	NO APLICA	$9.877	$ 9.500	$9.689
482	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
483	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
484	**PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
485	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
486	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$7.553	$ 7.300	$7.427
487	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
488	**TITULO ANTI D	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
489	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	NO APLICA	NO APLICA	$24.402	$ 23.400	$23.901
490	**ALFA 2 MACROGLOBULINA	NO APLICA	NO APLICA	$20.916	$ 20.100	$20.508
491	**ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	NO APLICA	NO APLICA	$77.697	$ 74.700	$76.199
492	**BICARBONATO	NO APLICA	NO APLICA	$39.509	$ 38.000	$38.755
493	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
494	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
495	**CAROTENOS	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
496	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
497	**LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
498	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
499	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
500	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
501	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
502	**ANGIOTENSINA II	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
503	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
504	**RENINA TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
505	**HORMONA ANTIDIURETICA	NO APLICA	NO APLICA	$166.170	$ 159.700	$162.935

506	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	NO APLICA	NO APLICA	$60.425	$ 58.100	$59.263
507	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$182.439	$ 175.300	$178.870
508	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$182.129	$ 175.000	$178.565
509	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$162.684	$ 156.300	$159.492
510	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$167.333	$ 160.800	$164.067
511	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
512	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	NO APLICA	NO APLICA	$15.520	$ 14.900	$15.210
513	**ANTICOAGULANTE LUPICO	NO APLICA	NO APLICA	$58.574	$ 56.300	$57.437
514	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
515	**DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	NO APLICA	NO APLICA	$12.201	$ 11.700	$11.951
516	**FIBRINOGENO	NO APLICA	NO APLICA	$19.173	$ 18.400	$18.787
517	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$44.738	$ 43.000	$43.869
518	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$80.701	$ 77.500	$79.101
519	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
520	**TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	NO APLICA	NO APLICA	$4.067	$ 3.900	$3.984
521	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
522	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	NO APLICA	NO APLICA	$6.972	$ 6.700	$6.836
523	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$4.880	$ 4.700	$4.790
524	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	NO APLICA	NO APLICA	$8.366	$ 8.000	$8.183
525	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
526	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
527	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
528	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$7.205	$ 6.900	$7.053
529	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	NO APLICA	NO APLICA	$51.130	$ 49.100	$50.115
530	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
531	**CULTIVO PARA VIRUS	NO APLICA	NO APLICA	$199.869	$ 192.000	$195.935
532	**Helicobacter pylori CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$60.425	$ 58.100	$59.263
533	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$65.483	$ 62.900	$64.192
534	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$65.483	$ 62.900	$64.192
535	**HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION	NO APLICA	NO APLICA	$65.483	$ 62.900	$64.192
536	**HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$65.483	$ 62.900	$64.192
537	**Legionella CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
538	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$49.967	$ 48.000	$48.984
539	**ESTRICNINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656

540	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
541	**MERCURIO AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
542	**METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$40.672	$ 39.100	$39.886
543	**METACUALONA MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$40.672	$ 39.100	$39.886
544	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$29.537	$ 28.400	$28.969
545	**METADONA MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$27.888	$ 26.800	$27.344
546	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	NO APLICA	NO APLICA	$36.446	$ 35.000	$35.723
547	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	NO APLICA	NO APLICA	$36.446	$ 35.000	$35.723
548	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
549	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
550	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	NO APLICA	NO APLICA	$23.821	$ 22.900	$23.361
551	**FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	NO APLICA	NO APLICA	$14.525	$ 14.000	$14.263
552	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO	NO APLICA	NO APLICA	$24.402	$ 23.400	$23.901
553	**HOMOCISTEINA	NO APLICA	NO APLICA	$98.773	$ 94.900	$96.837
554	**HIDROXIPROLINA EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
555	**FERRITINA	NO APLICA	NO APLICA	$49.967	$ 48.000	$48.984
556	**ACIDC FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
557	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
558	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
559	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
560	**HORMONA LUTEINIZANTE	NO APLICA	NO APLICA	$43.712	$ 42.000	$42.856
561	**PROLACTINA	NO APLICA	NO APLICA	$81.341	$ 78.200	$79.771
562	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
563	**ESTRADIOL	NO APLICA	NO APLICA	$70.883	$ 68.100	$69.492
564	**PROGESTERONA	NO APLICA	NO APLICA	$74.369	$ 71.500	$72.935
565	**TESTOSTERONA TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	$69.722	$ 67.000	$68.361
566	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	NO APLICA	NO APLICA	$65.073	$ 62.500	$63.787
567	**INSULINA (CADA MUESTRA)	NO APLICA	NO APLICA	$79.017	$ 75.900	$77.459
568	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
569	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
570	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	NO APLICA	NO APLICA	$36.441	$ 35.000	$35.721
571	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	NO APLICA	NO APLICA	$104.583	$ 100.500	$102.542
572	**TIROXINA LIBRE	NO APLICA	NO APLICA	$59.264	$ 56.900	$58.082
573	**TIROXINA TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	$59.264	$ 56.900	$58.082
574	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
575	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
576	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$89.475	$ 86.000	$87.738
577	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$89.475	$ 86.000	$87.738
578	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$15.106	$ 14.500	$14.803
579	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$49.967	$ 48.000	$48.984
580	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$83.666	$ 80.400	$82.033

581	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$74.369	$ 71.500	$72.935
582	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$18.592	$ 17.900	$18.246
583	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$87.152	$ 83.700	$85.426
584	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$87.152	$ 83.700	$85.426
585	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.616	$ 52.500	$53.558
586	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
587	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	NO APLICA	NO APLICA	$51.710	$ 49.700	$50.705
588	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$53.453	$ 51.400	$52.427
589	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
590	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
591	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA	NO APLICA	NO APLICA	$53.669	$ 51.600	$52.635
592	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$40.672	$ 39.100	$39.886
593	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$55.196	$ 53.000	$54.098
594	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$55.196	$ 53.000	$54.098
595	**PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
596	**PIRETRINAS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$47.644	$ 45.800	$46.722
597	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$47.644	$ 45.800	$46.722
598	**PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$47.644	$ 45.800	$46.722
599	**PIRETROIDES MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$47.644	$ 45.800	$46.722
600	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$84.246	$ 80.900	$82.573
601	**PRIMIDONA MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$84.246	$ 80.900	$82.573
602	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$48.806	$ 46.900	$47.853
603	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$48.806	$ 46.900	$47.853
604	**QUININA SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$30.213	$ 29.000	$29.607
605	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$2.771.839	$ 2.663.300	$2.717.570
606	**Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$26.727	$ 25.700	$26.214
607	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
608	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	NO APLICA	NO APLICA	$101.677	$ 170.000	$135.839
609	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$155.898	$ 149.800	$152.849
610	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$95.286	$ 91.600	$93.443
611	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
612	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$42.995	$ 41.300	$42.148
613	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$42.995	$ 41.300	$42.148
614	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083
615	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$117.365	$ 112.800	$115.083

616	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
617	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
618	**TRIYODOTIRONINA LIBRE	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
619	**TRIYODOTIRONINA TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
620	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$88.314	$ 84.900	$86.607
621	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$91.800	$ 88.200	$90.000
622	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$91.800	$ 88.200	$90.000
623	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 40.000	$38.593
624	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
625	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
626	**Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
627	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
628	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$75.531	$ 72.600	$74.066
629	**Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
630	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
631	**Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$108.069	$ 103.800	$105.935
632	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
633	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$82.736	$ 79.500	$81.118
634	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$77.274	$ 74.200	$75.737
635	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	NO APLICA	NO APLICA	$88.314	$ 84.900	$86.607
636	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
637	**FENCICLIDINA	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
638	**AMIKACINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
639	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$56.939	$ 54.700	$55.820
640	**KANAMICINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
641	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
642	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.616	$ 52.500	$53.558
643	**DIGOXINA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$68.559	$ 65.900	$67.230
644	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$68.559	$ 65.900	$67.230
645	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.112	$ 73.100	$74.606
646	**RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES Incluye: BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA	NO APLICA	NO APLICA	$68.559	$ 65.900	$67.230
647	**SALICILATOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$30.213	$ 29.000	$29.607
648	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$30.213	$ 29.000	$29.607
649	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
650	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
651	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$36.023	$ 34.600	$35.312
652	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.574	$ 78.400	$79.987
653	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.574	$ 78.400	$79.987
654	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.574	$ 78.400	$79.987
655	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.574	$ 78.400	$79.987
656	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$81.574	$ 78.400	$79.987

657	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$77.855	$ 74.800	$76.328
658	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$69.628	$ 66.900	$68.264
659	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$66.236	$ 63.600	$64.918
660	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$58.102	$ 55.800	$56.951
661	**Influenza ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$51.130	$ 49.100	$50.115
662	**Legionella spp ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$104.583	$ 100.500	$102.542
663	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$44.158	$ 42.400	$43.279
664	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
665	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
666	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$79.017	$ 75.900	$77.459
667	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$79.017	$ 75.900	$77.459
668	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
669	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$25.032	$ 24.100	$24.566
670	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$127.242	$ 122.300	$124.771
671	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$48.806	$ 46.900	$47.853
672	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
673	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
674	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$59.264	$ 56.900	$58.082
675	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
676	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$92.961	$ 89.300	$91.131
677	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$94.124	$ 90.400	$92.262
678	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
679	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$84.828	$ 81.500	$83.164
680	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$113.879	$ 109.400	$111.640
681	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$171.980	$ 165.200	$168.590
682	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$138.281	$ 132.900	$135.591
683	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$138.281	$ 132.900	$135.591
684	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$156.874	$ 150.700	$153.787
685	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$139.443	$ 134.000	$136.722
686	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$42.415	$ 40.800	$41.608
687	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
688	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$13.944	$ 13.400	$13.672
689	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	NO APLICA	NO APLICA	$79.598	$ 76.500	$78.049
690	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	NO APLICA	NO APLICA	$56.359	$ 54.200	$55.280
691	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	NO APLICA	NO APLICA	$56.359	$ 54.200	$55.280
692	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	NO APLICA	NO APLICA	$73.208	$ 70.300	$71.754
693	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$40.672	$ 39.100	$39.886

694	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$40.672	$ 39.100	$39.886
695	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$48.806	$ 46.900	$47.853
696	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$48.806	$ 46.900	$47.853
697	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
698	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
699	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
700	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	NO APLICA	NO APLICA	$52.292	$ 50.200	$51.246
701	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	NO APLICA	NO APLICA	$28.818	$ 27.700	$28.259
702	**BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$62.750	$ 60.300	$61.525
703	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS	NO APLICA	NO APLICA	$10.458	$ 10.000	$10.229
704	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$89.475	$ 86.000	$87.738
705	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$24.984	$ 24.000	$24.492
706	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$44.158	$ 42.400	$43.279
707	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$15.545	$ 14.900	$15.223
708	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES	NO APLICA	NO APLICA	$8.134	$ 7.800	$7.967
709	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
710	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	NO APLICA	NO APLICA	$18.592	$ 17.900	$18.246
711	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$19.173	$ 18.400	$18.787
712	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$70.883	$ 68.100	$69.492
713	**Neisseria meningitidis CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$49.967	$ 48.000	$48.984
714	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS	NO APLICA	NO APLICA	$32.537	$ 31.300	$31.919
715	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	NO APLICA	NO APLICA	$64.841	$ 62.300	$63.571
716	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$64.841	$ 62.300	$63.571
717	**Yersinia enterocolitica CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$36.023	$ 34.600	$35.312
718	**Trichomona CULTIVO	NO APLICA	NO APLICA	$49.967	$ 48.000	$48.984
719	**BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	NO APLICA	NO APLICA	$161.522	$ 155.200	$158.361
720	**Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
721	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR	NO APLICA	NO APLICA	$11.620	$ 11.200	$11.410
722	**HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$24.402	$ 23.400	$23.901
723	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
724	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA	NO APLICA	NO APLICA	$63.911	$ 61.400	$62.656
725	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
726	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$47.644	$ 45.800	$46.722
727	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$72.045	$ 69.200	$70.623
728	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$11.039	$ 33.500	$22.270
729	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	NO APLICA	NO APLICA	$70.302	$ 67.500	$68.901
730	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.468	$ 52.300	$53.384
731	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.468	$ 52.300	$53.384

732	**ISOAGLUTININAS	NO APLICA	NO APLICA	$12.201	$ 11.700	$11.951
733	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	NO APLICA	NO APLICA	$45.320	$ 43.500	$44.410
734	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$45.320	$ 43.500	$44.410
735	**MIOGLOBINA CARDIACA	NO APLICA	NO APLICA	$27.888	$ 26.800	$27.344
736	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	NO APLICA	NO APLICA	$27.888	$ 26.800	$27.344
737	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 35.700	$36.443
738	**AMONIO	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
739	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
740	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
741	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	NO APLICA	NO APLICA	$51.710	$ 49.700	$50.705
742	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$34.861	$ 33.500	$34.181
743	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	NO APLICA	NO APLICA	$26.511	$ 25.500	$26.006
744	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
745	**OPIACEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEINA	NO APLICA	NO APLICA	$51.130	$ 49.100	$50.115
746	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$155.711	$ 149.600	$152.656
747	**ANDROSTENEDIONA	NO APLICA	NO APLICA	$113.879	$ 109.400	$111.640
748	**ANDROSTERONA EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$77.855	$ 74.800	$76.328
749	**ESTRIOL	NO APLICA	NO APLICA	$72.045	$ 69.200	$70.623
750	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	NO APLICA	NO APLICA	$9.296	$ 15.000	$12.148
751	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	NO APLICA	NO APLICA	$6.972	$ 6.700	$6.836
752	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
753	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
754	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$8.134	$ 7.800	$7.967
755	**HEMOGLOBINURIA	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
756	**RECUENTO DE ADDIS	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
757	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
758	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	NO APLICA	NO APLICA	$30.793	$ 29.600	$30.197
759	**ASPARTILCILASA, EN LEUCOCITOS	NO APLICA	NO APLICA	$109.231	$ 105.000	$107.116
760	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	NO APLICA	NO APLICA	$22.078	$ 21.200	$21.639
761	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$99.934	$ 96.000	$97.967
762	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$41.833	$ 40.200	$41.017
763	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$39.509	$ 38.000	$38.755
764	**ACIDO OROTICO	NO APLICA	NO APLICA	$59.845	$ 57.500	$58.673
765	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO	NO APLICA	NO APLICA	$61.588	$ 59.200	$60.394
766	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	NO APLICA	NO APLICA	$59.264	$ 56.900	$58.082
767	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	NO APLICA	NO APLICA	$59.264	$ 56.900	$58.082
768	**Leptospira SEROTIPIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737

769	**Listeria SEROTIPIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$38.347	$ 36.800	$37.574
770	**Mycobacterium IDENTIFICACION	NO APLICA	NO APLICA	$90.638	$ 87.100	$88.869
771	**Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$90.638	$ 87.100	$88.869
772	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX	NO APLICA	NO APLICA	$45.320	$ 43.500	$44.410
773	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$95.286	$ 91.600	$93.443
774	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$95.286	$ 91.600	$93.443
775	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.616	$ 52.500	$53.558
776	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$54.616	$ 52.500	$53.558
777	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$51.710	$ 49.700	$50.705
778	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.714	$ 44.900	$45.807
779	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.714	$ 44.900	$45.807
780	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$147.577	$ 141.800	$144.689
781	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$32.537	$ 31.300	$31.919
782	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$46.481	$ 44.700	$45.591
783	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$104.583	$ 100.500	$102.542
784	**OSTEOCALCINA	NO APLICA	NO APLICA	$39.509	$ 38.000	$38.755
785	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
786	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$25.564	$ 24.600	$25.082
787	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	NO APLICA	NO APLICA	$20.916	$ 20.100	$20.508
788	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$79.017	$ 75.900	$77.459
789	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	NO APLICA	NO APLICA	$22.078	$ 21.200	$21.639
790	**ACIDOS BILIARES TOTALES	NO APLICA	NO APLICA	$38.347	$ 36.800	$37.574
791	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$12.782	$ 12.300	$12.541
792	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$36.023	$ 34.600	$35.312
793	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
794	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	NO APLICA	NO APLICA	$58.875	$ 56.600	$57.738
795	**ACIDO FORMICO EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$72.045	$ 69.200	$70.623
796	**ESTRIOL LIBRE	NO APLICA	NO APLICA	$72.045	$ 69.200	$70.623
797	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	NO APLICA	NO APLICA	$41.252	$ 39.600	$40.426
798	**TESTOSTERONA LIBRE	NO APLICA	NO APLICA	$76.694	$ 73.700	$75.197
799	**INSULINA LIBRE	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
800	**PROINSULINA	NO APLICA	NO APLICA	$275.400	$ 264.600	$270.000
801	**SOMATOSTATINA	NO APLICA	NO APLICA	$185.925	$ 178.600	$182.263
802	**ALDOSTERONA	NO APLICA	NO APLICA	$119.689	$ 115.000	$117.345
803	**ALDOSTERONA EN ORINA	NO APLICA	NO APLICA	$119.689	$ 115.000	$117.345
804	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	NO APLICA	NO APLICA	$95.286	$ 91.600	$93.443
805	**CETOESTEROIDES 17	NO APLICA	NO APLICA	$68.559	$ 65.900	$67.230
806	**DEHIDROEPINANDROSTERONA	NO APLICA	NO APLICA	$104.583	$ 100.500	$102.542
807	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
808	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	NO APLICA	NO APLICA	$65.073	$ 62.500	$63.787
809	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	NO APLICA	NO APLICA	$77.855	$ 74.800	$76.328

810	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	NO APLICA	NO APLICA	$56.939	$ 54.700	$55.820
811	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	NO APLICA	NO APLICA	$33.700	$ 32.400	$33.050
812	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	NO APLICA	NO APLICA	$59.148	$ 56.800	$57.974
813	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	NO APLICA	NO APLICA	$59.148	$ 56.800	$57.974
814	**CISTINA CUANTITATIVA	NO APLICA	NO APLICA	$117.946	$ 113.300	$115.623
815	**FENILALANINA CUANTITATIVA	NO APLICA	NO APLICA	$19.755	$ 19.000	$19.378
816	**TIROSINA TEST CON RAIZ DE CABELLO	NO APLICA	NO APLICA	$37.766	$ 36.300	$37.033
817	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
818	**GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
819	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$69.722	$ 67.000	$68.361
820	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$97.611	$ 93.800	$95.706
821	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$42.415	$ 310.000	$176.208
822	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$23.241	$ 22.300	$22.771
823	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	NO APLICA	NO APLICA	$382.190	$ 367.200	$374.695
824	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	NO APLICA	NO APLICA	$102.259	$ 98.300	$100.280
825	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$104.583	$ 100.500	$102.542
826	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$104.583	$ 100.500	$102.542
827	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
828	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 30.100	$30.737
829	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$90.638	$ 87.100	$88.869
830	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$90.638	$ 87.100	$88.869
831	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
832	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
833	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
834	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$29.050	$ 27.900	$28.475
835	**Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$27.888	$ 26.800	$27.344
836	**Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	NO APLICA	NO APLICA	$20.916	$ 20.100	$20.508
837	**Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	NO APLICA	NO APLICA	$13.944	$ 35.000	$24.472
838	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$31.374	$ 110.000	$70.687
839	**Actynomices ANTICUERPOS	NO APLICA	NO APLICA	$70.883	$ 68.100	$69.492
840	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	$37.186	$ 160.000	$98.593
841	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	$55.778	$ 53.600	$54.689
DESCRPCIION DEL SERVICIO COVID-19						
842	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG G	NO APLICA	NO APLICA	$98.352	$35.000	$66.676
843	**SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENO	NO APLICA	NO APLICA	$218.560	$90.000	$154.280
844	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG M	NO APLICA	NO APLICA	$98.352	$35.000	$66.676

DESCRIPCION DE SERVICIOS DE ESPIROMETRIAS						
845	**ESPIROMETRIA Incluye: PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE	NO APLICA	NO APLICA	$63.901	$61.400	$62.651
846	**ESPIROMETRIA SIMPLE Y CON BRONCODILATADORES	NO APLICA	NO APLICA	$18.661	$61.400	$40.031
DESCRIPCION DE SERVICIOS DE FONOAUDILOGIA						
847	**ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	NO APLICA	NO APLICA	$27.815	$26.700	$27.258
848	**AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	NO APLICA	NO APLICA	$43.996	$42.300	$43.148
849	**LOGOAUDIOMETRIA Incluye: RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACION DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCION INTENSIDAD- DISCRIMINACION DEL HABLA	NO APLICA	NO APLICA	$44.047	$42.300	$43.174
850	**INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA) Incluye: TIMPANOMETRIA, GRADIENTE, VOLUMEN FISICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESION DEL OIDO MEDIO Y MEDICION DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)	NO APLICA	NO APLICA	$42.073	$40.400	$41.237
851	**EMISIONES OTOACUSTICAS Incluye: MEDICION CON PRODUCTOS DE DISTORSION, MEDICION CON TRANSIENTES	NO APLICA	NO APLICA	$54.640	$52.500	$53.570
852	BASILOSCOPIA COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE	NO APLICA	NO APLICA	$22.402	$19.550	$20.976

GRUPO 2

PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGIA EN ARAUCA						
ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO SECOP II	PRECIOS DE CATÁLOGO	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	NO APLICA	NO APLICA	$51.362	$49.350	$50.356
2	**COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL	NO APLICA	NO APLICA	$24.042	$23.100	$23.571
3	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	NO APLICA	NO APLICA	$29.506	$28.350	$28.928
4	**DETECCION Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN	NO APLICA	NO APLICA	$275.386	$264.600	$269.993

GRUPO 3

PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGIA EN ARAUCA						
ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO SECOP II	PRECIOS DE CATÁLOGO	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (INGRESO, PER. Y/O EGRESO)	NO APLICA	NO APLICA	$39.341	$40.000	$39.671
2	OPTOMETRÍA	NO APLICA	NO APLICA	$16.138	$30.000	$23.069
3	HEMOGRAMA IV NIVEL (CUADRO HEMÁTICO)	NO APLICA	NO APLICA	$30.271	$22.300	$26.286
4	GLICEMIA	NO APLICA	NO APLICA	$16.545	$20.000	$18.273

5	PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, HDL,LDL)	NO APLICA	NO APLICA	$124.251	$113.700	$118.976
6	VALORACION OSTEOMOSUCULAR	NO APLICA	NO APLICA	$36.062	$40.000	$38.031

Para determinar el valor estimado de la contratación se realizó un análisis exhaustivo de los valores contratados en vigencias anteriores proyectados a IPC 2023 donde se pudo establecer que estos valores se encuentran muy por debajo de los precios actuales, y si se toman estos precios se podría poner en riesgo la contratación debido a que es posible que las entidades no oferten dentro del proceso, Los precios de mercado fueron tomados de la cotización allegada por la entidad CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS E.U. y se encontró que éstos se encuentran ajustados a los precios actuales del mercado establecidos en el Manual Tarifario SOAT 2024..

Teniendo en cuenta lo anterior, se tomó como valor estimado de la contratación el valor promedio entre los precios históricos y los precios de mercado, esto con el fin de dar pluralidad al proceso de contratación y garantizar que se contraten estos servicios, beneficiando a los usuarios y beneficiarios que se encuentran en el departamento de Arauca. Cabe resaltar, que la ubicación geográfica del departamento de Arauca dificulta el traslado de pacientes a otros departamentos para su atención, por lo que es de suma importancia contar con estos servicios contratados en la ciudad de Arauca para garantizar la atención oportuna a todo el personal adscrito al Departamento de Policía Arauca.

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

5.6 VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN

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

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	RECURSO	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA,	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA,
1		16	UPRES ARAUCA	**GRUPO 1:** **PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA**	1	$68.000.000,00	$68.000.000,00
2		16	UPRES ARAUCA	**GRUPO 2** **PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS)**	1	$3.317.150,00	$3.317.150,00
3		16	UPRES ARAUCA	**GRUPO 3:** **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA**	1	$3.825.000,00	$3.825.000,00
						VALOR TOTAL ESTIMADO	$75.142.150,00

Intendente **JOHN FAVER PERDOMO MOSQUERA**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Arauca (E)

Patrullera **YULY PABÓN NAVARRO**
Responsable Validación de Derechos

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista, aplican para el proceso de Mínima Cuantíacuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA

Aplica

ANEXOS

- ☐ Certificación de la necesidad
- ☐ Especificaciones técnicas mínimas
- ☐ Constancia de idoneidad y experiencia (aplica para prestación de servicios profesionales)
- ☐ Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías
- ☐ Análisis del riesgo y forma de mitigarlo.
- ☐ Ficha técnica
- ☐ Obligaciones de la policía nacional (no aplica para mínima cuantía)
- ☐ Obligaciones del contratista (no aplica para mínima cuantía)

Aplica

FORMULARIOS ADJUNTOS AL ESTUDIO PREVIO

- ☐ Factores de verificación y ponderación.
- ☐ Apoyo a la industria nacional
- ☐ Indicación de trato nacional
- ☐ Experiencia del proponente
- ☐ Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia
- ☐ Clasificación proponente extranjero
- ☐ Acuerdo de confidencialidad (obligatorio)
- ☐ Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (obligatorio)
- ☐ Compromiso anticorrupción (obligatorio)
- ☐ Capacidad financiera
- ☐ Certificación de compromiso del fabricante y/o oferente
- ☐ Certificación de la capacidad técnica (obligatorio)
- ☐ Personal, experiencia y tiempos de dedicación mínimos
- ☐ Carta de compromiso postventa

Otros documentos adjuntos al Estudio Previo

Otros OFERTA ECONÓMICA, CAPACIDAD OPERATIVA, COMPETENCIA DE CONTRATISTAS, HOJA DE VIDA EQUIPOS, OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN, BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

En mí calidad de jefe de la unidad Prestadora de Salud Arauca, manifiesto con la suscripción de esta certificación que una vez consultado los servicios prestados en la Unidad Prestadora de Salud Arauca, no es posible dar cobertura con la red propia a la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS**:

GRUPO 1:

- PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA

GRUPO 2

- PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).

GRUPO 3:

- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA.

Por tal razón la única forma de resolver la necesidad es mediante la contratación de los servicios relacionados.

Intendente **JOHN FAIVER PERDOMO MOSQUERA**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Arauca (E)

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga

PROPONENTE _____

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

REQUISITOS GENERALES

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

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

EL SERVICIO A PRESTAR TENDRÁ LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS, EL OFERENTE DEBERÁ INDICAR SI CUMPLE O NO CUMPLE EN CADA ÍTEM, SEGÚN EL GRUPO A OFERTAR

CONDICIONES TÉCNICAS

GRUPO No 1

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente deberá diligenciar el Anexo de los CUPS requeridos el cual se encuentra en archivo Excel bajo el nombre "**ANEXO 1 TOTAL CUPS PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO AL SIGUIENTE GRUPO:** ***GRUPO 1***: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA **El Anexo técnico el cual se encuentra en archivo Excel en la plataforma SECOP II, contiene una columna para que la entidad oferente registre con una x al frente de cada CUPS SI OFRECE O NO OFRECE el procedimiento favor no modificar el formato.**		
	EXPERIENCIA PROPONENTE EN OFRECER EL SERVICIO: Con el fin de garantizar la calidad de los bienes y/o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que los oferentes interesados en participar del presente proceso, cuenten con experiencia en la prestación del servicio objeto del presente		

2	proceso, en contratos celebrados y que estén totalmente ejecutados y liquidados con empresas legalmente constituidas del sector público o privado, que tenga como objeto similar a los grupos requeridos así: GRUPO 1 APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA ; cuyo valor sumado sea igual o superior al 50% del presupuesto asignado para el presente proceso contractual, para lo cual el oferente deberá presentar copias de contratos o certificaciones que deberán contener como mínimo la siguiente información básica : • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento. En el evento de presentarse como consorcio o unión temporal, el valor del contrato a considerar será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia del documento consorcial o de unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación, en todo caso, cada integrante del consorcio o unión temporal debe contar con experiencia mínima certificada del 50% del presupuesto oficial, la experiencia habilitante será la sumatoria de las experiencias de los integrantes que la tengan, de manera proporcional a su participación en el mismo, no podrá acumularse a la vez, la experiencia de los socios y de la persona jurídica cuando estos se asocien entre sí para presentar propuesta bajo alguna de las modalidades previstas en el artículo 7 de la ley 80 de 1993. **NOTA 1:** En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, la Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información y lo confrontara con su historial de contratos. La propuesta del oferente que no presente certificaciones o que las presentadas no reúnan las condiciones anteriormente citadas, se dará como NO CUMPLE.		
3	Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. **DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.**		

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr>
<tr><th>CARGO</th><th>CANTIDAD</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr>
<tr><td>BACTERIÓLOGO</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en bacteriología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente.

Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).</td></tr>
<tr><td>AUXILIAR DE LABORATORIO</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en laboratorio clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el Curso vital básico y avanzado vigente.

Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020)..</td></tr>
<tr><td>FONOAUDIOLOGÍA</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en Fonoaudiología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente.

Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).</td></tr>
</table>
</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>CAPACIDAD OPERATIVA: Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios descritos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad y su respectiva entrega de resultados, el oferente demostrará la capacidad de instalaciones en infraestructura, equipos, recurso humano, en el Municipio de Arauca y todos aquellos aspectos que deban ser verificados, con el fin de identificar las condiciones requeridas por nuestra institución, para la prestación de un excelente servicio.
PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO DEL PRESENTE ESTUDIO DE CONVENIENCIA “CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL” FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.</td><td></td><td></td></tr>
</table>

5	**HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:** El oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO DE HOJA DE VIDA EQUIPOS** del presente estudio previo que corresponde a certificación firmada por el representante legal donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos		

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin.		
2	Portafolio de Servicios de la Entidad oferente		
3	El oferente debe contar con los reactivos y sustancias químicas necesarias para la práctica de exámenes que se llegasen a requerir de acuerdo con el objeto del contrato. Los reactivos deben estar bajo condiciones de almacenamiento adecuadas, contar con el respectivo termómetro y registro de temperaturas.		
4	El oferente deberá certificar que la prestación del servicio se realizará en las instalaciones del contratista en horario de 07:00 a.m. a 12:00 m y de 14:00 p.m. a 18:00 horas, de lunes a viernes y de m 08:00 a.m. a 12:00 los días sábados.		
5	El oferente debe contar con área de recepción y entrega de resultados, sala de espera con baño para usuarios, área de toma de muestras de laboratorio y citologías cervico-uterinas, centro de atención al usuario, área de procesamiento de muestras, área de lavado de materiales, área de almacenamiento de residuos hospitalarios y/o peligrosos y área administrativa.		
6	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y contrarrefencia de usuarios e información. **(Anexar a la propuesta el número de la línea telefónica y el nombre del personal encargado).**		

CONDICIONES TÉCNICAS

GRUPO No 2

TEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente deberá diligenciar el Anexo de los CUPS requeridos el cual se encuentra en archivo Excel bajo el nombre "**ANEXO 2 TOTAL CUPS. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO AL SIGUIENTE GRUPO:** ***GRUPO 2**: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).* **El Anexo técnico el cual se encuentra en archivo Excel en la plataforma SECOP II, contiene una columna para que la entidad oferente registre con una x al frente**		

	de cada CUPS SI OFRECE O NO OFRECE el procedimiento <u>favor no modificar el formato.</u>		
2	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN OFRECER EL SERVICIO:** Con el fin de garantizar la calidad de los bienes y/o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que los oferentes interesados en participar del presente proceso, cuenten con experiencia en la prestación del servicio objeto del presente proceso, en contratos celebrados y que estén totalmente ejecutados y liquidados con empresas legalmente constituidas del sector público o privado, que tenga como objeto similar a los grupos requeridos así: GRUPO 2 PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO; cuyo valor sumado sea igual o superior al 50% del presupuesto asignado para el presente proceso contractual, para lo cual el oferente deberá presentar copias de contratos o certificaciones que deberán contener como mínimo la siguiente información básica : • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento. En el evento de presentarse como consorcio o unión temporal, el valor del contrato a considerar será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia del documento consorcial o de unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación, en todo caso, cada integrante del consorcio o unión temporal debe contar con experiencia mínima certificada del 50% del presupuesto oficial, la experiencia habilitante será la sumatoria de las experiencias de los integrantes que la tengan, de manera proporcional a su participación en el mismo, no podrá acumularse a la vez, la experiencia de los socios y de la persona jurídica cuando estos se asocien entre sí para presentar propuesta bajo alguna de las modalidades previstas en el artículo 7 de la ley 80 de 1993. **NOTA 1:** En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, la Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información y lo confrontara con su historial de contratos. La propuesta del oferente que no presente certificaciones o que las presentadas no reúnan las condiciones anteriormente citadas, se dará como NO CUMPLE.		
3	Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **<u>EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL</u>** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. **DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE**		

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.
<table>
<tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr>
<tr><th>CARGO</th><th>CANTIDAD</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr>
<tr><td>ENFERMERO</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en Enfermería, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente.

Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).</td></tr>
<tr><td>AUXILIAR DE LABORATORIO</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en laboratorio clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el Curso vital básico y avanzado vigente.

Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>
CAPACIDAD OPERATIVA

Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios descritos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad y su respectiva entrega de resultados, el oferente demostrará la capacidad de instalaciones en infraestructura, equipos, recurso humano, en el Municipio de Arauca y todos aquellos aspectos que deban ser verificados, con el fin de identificar las condiciones requeridas por nuestra institución, para la prestación de un excelente servicio.

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO DEL PRESENTE ESTUDIO DE CONVENIENCIA "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.
</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin.		
2	Portafolio de Servicios de la Entidad oferente		
3	El oferente debe contar con los reactivos y sustancias químicas necesarias para la práctica de exámenes que se llegasen a requerir de acuerdo con el objeto del contrato. Los reactivos deben estar bajo condiciones de almacenamiento adecuadas, contar con el respectivo termómetro y registro de temperaturas.		
4	El oferente deberá certificar que la prestación del servicio se realizará en las instalaciones del contratista en horario de 07:00 a.m. a 12:00 m y de 14:00 p.m. a 18:00 horas, de lunes a viernes y de m 08:00 a.m. a 12:00 los días sábados.		
5	El oferente debe contar con área de recepción y entrega de resultados, sala de espera con baño para usuarios, área de toma de muestras de laboratorio y citologías cervico-uterinas, centro de atención al usuario, área de procesamiento de muestras, área de lavado de materiales, área de almacenamiento de residuos hospitalarios y/o peligrosos y área administrativa.		
6	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y contrarrefencia de usuarios e información. **(Anexar a la propuesta el número de la línea telefónica y el nombre del personal encargado).**		

CONDICIONES TÉCNICAS

GRUPO No 3

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente deberá diligenciar el Anexo de los CUPS requeridos el cual se encuentra en archivo Excel bajo el nombre "**ANEXO 3 TOTAL CUPS. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO AL SIGUIENTE GRUPO:** ***GRUPO 3:*** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO - ARAUCA **El Anexo técnico el cual se encuentra en archivo Excel en la plataforma SECOP II, contiene una columna para que la entidad oferente registre con una x al frente de cada CUPS SI OFRECE O NO OFRECE el procedimiento favor no modificar el formato**		
	EXPERIENCIA PROPONENTE EN OFRECER EL SERVICIO: GRUPO 4 REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES; cuyo valor sumado sea igual o superior al 50% del presupuesto asignado para el presente proceso contractual, para lo cual el oferente deberá presentar copias de contratos o certificaciones que deberán contener como mínimo la siguiente información básica: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación		

<table>
<tr>
<td>2</td>
<td>

Valor de la contratación
Objeto contractual
Número del contrato
Firma del representante legal contratante
NIT del contratante
Dirección del contratante
Teléfono del contratante
Membrete de la entidad que lo expide
Cumplimiento.

En el evento de presentarse como consorcio o unión temporal, el valor del contrato a considerar será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia del documento consorcial o de unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación, en todo caso, cada integrante del consorcio o unión temporal debe contar con experiencia mínima certificada del 50% del presupuesto oficial, la experiencia habilitante será la sumatoria de las experiencias de los integrantes que la tengan, de manera proporcional a su participación en el mismo, no podrá acumularse a la vez, la experiencia de los socios y de la persona jurídica cuando estos se asocien entre sí para presentar propuesta bajo alguna de las modalidades previstas en el artículo 7 de la ley 80 de 1993.

NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, la Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información y lo confrontara con su historial de contratos.

La propuesta del oferente que no presente certificaciones o que las presentadas no reúnan las condiciones anteriormente citadas, se dará como NO CUMPLE.
</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>
Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, <u>EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL</u> de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.
<table>
<tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr>
<tr><th>CARGO</th><th>CANTIDAD</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr>
<tr><td>MEDICO

ESPECIALISTA</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en Medicina, con posgrado en salud ocupacional expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

			encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	BACTERIÓLOGO	**1**	**Requisito:** Profesional en bacteriología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	FONOAUDIOLOGÍA	**1**	**Requisito:** Profesional en Fonoaudiología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	**1**	**Requisito:** Tener título de técnico en enfermería clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	OPTÓMETRA	**1**	**Requisito:** Profesional en optometría, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en		

			el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
4	**CAPACIDAD OPERATIVA:** Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios descritos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad y su respectiva entrega de resultados, el oferente demostrará la capacidad de instalaciones en infraestructura, equipos, recurso humano, en el Municipio de Arauca y todos aquellos aspectos que deban ser verificados, con el fin de identificar las condiciones requeridas por nuestra institución, para la prestación de un excelente servicio. **PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO DEL PRESENTE ESTUDIO DE CONVENIENCIA "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.**				

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin.		
2	Portafolio de Servicios de la Entidad oferente		
3	El oferente debe contar con los reactivos y sustancias químicas necesarias para la práctica de exámenes que se llegasen a requerir de acuerdo con el objeto del contrato. Los reactivos deben estar bajo condiciones de almacenamiento adecuadas, contar con el respectivo termómetro y registro de temperaturas.		
4	El oferente deberá certificar que la prestación del servicio se realizará en las instalaciones del contratista en horario de 07:00 a.m. a 12:00 m y de 14:00 p.m. a 18:00 horas, de lunes a viernes y de m 08:00 a.m. a 12:00 los días sábados.		
5	El oferente debe contar con área de recepción y entrega de resultados, sala de espera con baño para usuarios, área de toma de muestras de laboratorio y citologías cervico-uterinas, centro de atención al usuario, área de procesamiento de muestras, área de lavado de materiales, área de almacenamiento de residuos hospitalarios y/o peligrosos y área administrativa.		
6	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y contrarrefencia de usuarios e información. **(Anexar a la propuesta el número de la línea telefónica y el nombre del personal encargado).**		

Los servicios requeridos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA que no hayan quedado descritos en el anexo de CUPS que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas mediando solicitud del supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios el contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del contratante, la cual será objeto de revisión por el supervisor del contrato quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad y en caso que la cotización del contratista sea más elevada deberá

ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como urgentes los cuáles serán sujetos a verificación por Auditoría Médica debiendo ser reportados al Grupo de redes integrales - Oficina de referencia y contrarreferencia a los siguientes correos: deara.upres-rco@policia.gov.co y a través de la plataforma establecida, cuyo ingreso se hace a través de la página web: 201.221.132.98:8081 mediante la cual se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente sobre referencia y solicitud de autorizaciones Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

Intendente **JOHN FAIVER PERDOMO MOSQUERA**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Arauca (E)

Patrullera **YULY PABÓN NAVARRO**
Responsable de Validación de Derechos UPRES Arauca

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
Garantía única	Riesgo jurídico	Incumplimiento del contrato	Veinte por ciento (20%) del valor del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y cuatro meses más.	Ampara el riesgo de incumplimiento durante el plazo de ejecución y liquidación del contrato la estimación del riesgo cubre el 20% del valor del contrato como quiera que se pretende el pago parcial o definitivo de los perjuicios que cause a la entidad en los mismos términos de la cláusula penal pecuniaria.
Garantía única	Riesgo operativo	Calidad del servicio	Cincuenta por ciento (50%) del valor de los estudios.	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y (1 año más)	Ampara el riesgo de mala calidad del servicio de consultoría durante la vigencia del contrato y 1 año más buscando resarcir el detrimento causado a la entidad por mala calidad o insuficiencia del servicio entregado.
Garantía única	Riesgo jurídico	Pago de salarios y prestaciones sociales	5% del valor del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y (3 años más)	Ampara el riesgo de incumplimiento de las obligaciones laborales a que está obligado el contratista, relacionadas con el personal contratado por este para la ejecución del contrato.
Póliza de responsabilidad civil extra-contractual	Riesgo financiero	Daños a terceros por responsabilidad civil extra-contractual	Doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes (200 SMLMV) al momento de la expedición de la póliza.	Contratista	Vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y seis meses más.	Ampara los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución del contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas. La póliza deberá contener como mínimo, amparo de la responsabilidad extracontractual que se pudiera llegar a atribuir a la administración con ocasión de las actuaciones, hechos u omisiones de sus contratistas o subcontratistas contemplados en el artículo 114 de decreto 1082 del 26 mayo de 2015.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
Multa	Riesgo Jurídico	Incumplimiento parcial	Multas cuyo valor se liquidará con base en un cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor dejado de cumplir o entregar.	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo hasta por un plazo de quince (15) días calendario, que se descontará del saldo que le adeude la Entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo motivado, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella.	Ampara la mora o incumplimiento parcial de alguna obligación derivada del contrato por causas imputables al contratista
Multa	Riesgo jurídico	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única.	Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato.	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por diez (10) días calendario.	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.
Cláusula Penal Pecuniaria	Riesgo jurídico	Incumplimiento total – declaratoria de caducidad	Veinte por ciento (20%) del valor total de contrato	Contratista	El Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato cuando se trate de incumplimiento total del mismo y proporcional al incumplimiento parcial del contrato.	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista, se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad

Patrullera **YULY PABÓN NAVARRO**
Responsable de Validación de Derechos UPRES Arauca

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

POLICÍA NACIONAL

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta la ejecución del contrato	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	ESPECIFICO	INTERNO	PLANEACIÓN	OPERACIONAL	RIESGOS ASOCIADOS AL NO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LA INVITACIÓN.	DECLARATORIA DESIERTO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN	2	4	4		ENTIDAD	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/ CENTRALIZANDO LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL ESTUDIO PREVIO; LO CUAL ES INFORMADO A LOS OFERENTES POR MEDIO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN.	1	1	4	4	NO	NO	COMITÉ EVALUADOR (TÉCNICO, ECONÓMICO Y JURÍDICO)	PRESENTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
2	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	NATURALEZA	QUE EL CONTRATISTA NO CUMPLA CON EL HORARIO ESTABLECIDO PARA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	6	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/ EL SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA DEBERÁ VERIFICAR Y COORDINAR CON EL CONTRATISTA EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	1	3	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
3	ESPECIFICO	EXTERNO	SELECCIÓN	ECONÓMICO	QUE EL CONTRATISTA NO CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN LA ACEPTACIÓN DE OFERTA COMO LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	3	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/EL SUPERVISOR DEBERÁ REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN LA ACEPTACIÓN DE OFERTA CON RESPECTO A LA CALIDAD DEL SERVICIO	1	2	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
4	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCIÓN	AMBIENTAL	QUE LOS SERVICIOS PRESTADOS CAUSEN UN AFECTACIÓN A ALGÚN USUARIO	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	3	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO / EL SUPERVISOR DEBERÁ REALIZAR SEGUIMIENTO OPORTUNO AL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1	2	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
5	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO GENERE UN DAÑO O LESIÓN A UN USUARIO	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	4	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/EL SUPERVISOR DEBERÁ REALIZAR CONTROL A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1	3	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual

Patrullera **YULY PABÓN NAVARRO**
Responsable de Validación de Derechos UPRES Arauca

1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal. Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

2. 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.

3. Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA.** Cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO.

4. 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 Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

6. 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.

7. Rechazar los bienes y/o servicios cuando éstos no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

8. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.

9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 del 27 mayo de 2022 Manual de Medicamentos del SSMP.

10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN Anexo ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2). Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".

11. Las demás que por Ley sean establecidas.

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
OBLIGACIONES CONTRATISTA	

1. Responder en los plazos que la Unidad Prestadora de Salud Arauca, establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
2. 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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
3. Constituir en debida forma y aportar al grupo de contratos la Unidad Prestadora de Salud Arauca, o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la garantía única y responsabilidad civil. En este evento la entidad estatal mediante acto administrativo debidamente motivado, podrá contratar, dentro de los quince (15) días siguientes, al proponente calificado en segundo lugar, siempre y cuando su propuesta sea igualmente favorable para la entidad.
4. 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.
5. 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 Unidad Prestadora Arauca, y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
6. 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.
7. El contratita se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente, así mismo en el caso de cambio de representante legal.
8. Restituir a la Unidad Prestadora de Salud Arauca, 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.
9. Sostener y mantener las tarifas ofertadas durante todo el plazo de ejecución del futuro contrato que se suscriba como resultado de la adjudicación.
10. Realizar puntualmente los pagos y aportes de seguridad social a las personas que realicen los servicios a contratar, según corresponda de acuerdo a la normatividad vigente.
11. El CONTRATISTA a partir del inicio de la ejecución del contrato, deberá cargar en la plataforma Colombia Compra Eficiente SECOP II las facturas y presentar en la ventanilla única de central de cuentas del grupo financiero de la Unidad Prestadora de Salud Arauca del Comando del Departamento de Policía Arauca, la facturación en medio físico de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato, dicha facturación deberá ser radicada a más tardar el día 10 de cada mes, si pasado el mes vencido de la ejecución del contrato la entidad contratada no radica facturación, el contratista deberá presentar mediante un oficio dirigido al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las razones por las cuales no se cumplió con mencionada obligación informando a su vez el servicio prestado en ese mes.
12. El CONTRATISTA está en la obligación de darle aplicabilidad a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo, presentando las facturas de los servicios prestados ante la unidad prestadora de salud Arauca, en una CARPETA BLANCA CUATRO ALETAS PARA ARCHIVO, REFORZADAS CON TELA COLETA, PLASTIFICADA EN CARAS EXTERNA Y RESPECTIVO GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO. Los documentos objeto de foliación, deben ser depurados, es decir, se les deben retirar copias o duplicados idénticos, folios en blanco, documentos de soporte o apoyo, material metálico (ganchos legajadores de metal, clips de metal o grapas), papel químico, si hubiere. Las carpetas que no cumplan con las especificaciones anteriormente dispuestas serán devueltas desde la ventanilla de radicación de la unidad prestadora de salud Arauca.
13. Informar por escrito al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en setenta (70%) por ciento y un cien (100%) por ciento ejecutado. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar presupuesto al contrato, lo anterior es con el fin de evitar la sobre ejecución del contrato y evitar incurrir en faltas penales de igual forma evitar que se presenten facturas que no cuenten con el respaldo presupuestal y contractual. Una vez agotado el presupuesto asignado al 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 justificada. El servicio que se preste posterior a la terminación presupuestal del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.

14. Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio, será asumida como responsabilidad del CONTRATISTA, y sobre el particular como la periodicidad con que se debe presentar informes.
15. El contratista se obliga a prestar con oportunidad los servicios de valoración y procedimientos ofrecidos, contando con un profesional en el horario señalado en el Anexo **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**
16. El contratista permitirá el acceso a los funcionarios del grupo de garantía de la calidad, auditoría de cuentas, al líder de referencia y contrarreferencia, al igual que el médico concurrente con el fin de que supervisen la atención a los usuarios y beneficiarios del SSPN, cuando se requiera.
17. 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.
18. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado y que el Contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario así se encuentre entre el listado contractual y tarifado. Requerirá el aval por parte del GRUPO DE REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD O REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA UPRES ARAUCA la única dirección electrónica válida para este proceso es deara.upres-rco@policia.gov.co o mediante la web: **201.221.132.98:8081** (aplicativo de Referencia y Contrareferencia) sin que se convierta en un obstáculo para la atención cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario.
19. Todo servicio electivo fuera del plan de beneficios del SSPN debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN) para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN (se adjunta al presente estudio como anexo) y remitirlo a la Oficina de REGIONAL REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD O A LA OFICINA DE REFERENCIA DE LA UPRES DEARA para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. **NO SE ADMITEN FORMATOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA**. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario. Orden judicial o tutela. Se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente.
20. Estar dispuestos a suministrar información para dar cumplimiento a los diferentes entes de control y nivel central
21. 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".
22. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional, medicina laboral y demás, generando el apoyo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 RASES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.
23. 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.
24. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
25. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos. Con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios. Prevenir. Mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.
26. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones. Oficios. Avisos. y demás actos proferidos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Etc.
27. El oferente prestará los SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA contenidas en el presente objeto a todos los usuarios adscritos al Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos al Departamento de Policía Arauca, bajo los principios de la eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite.
28. El oferente prestará el servicio siempre y cuando el usuario presente orden de servicio debidamente diligenciada y firmada por el profesional responsable tratante con su firma y sello; firma y sello del líder de autorizaciones, referencias y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Arauca; firma del paciente y anexar fotocopia del carné Policial

(vigente) o constancia expedida por la oficina de recursos humanos del Departamento de Policía Arauca y el documento de identidad (cédula, tarjeta de identidad y registro civil).

29. Deberá contar con un sistema de información estadístico para el manejo de datos, el cual debe incluir entre otros los siguientes parámetros datos generales del paciente: (nombre completo, identificación, edad, sexo, tipo de vinculación, lugar de residencia), tipo(s) de procedimiento(s) efectuado(s), valor facturado(s). Se debe a llegar la información en medio magnética e impreso a la Unidad Prestadora de Salud Arauca cuando se requiera.
30. El oferente deberá sostener los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del contrato.
31. El oferente debe garantizar que el servicio prestado sea acorde con el contratado con nuestra institución con criterios de oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia y racionalidad.
32. Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), de acuerdo a las necesidades requeridas a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional, que acrediten debidamente su derecho. Y la formulación de medicamentos, teniendo como referencia el Acuerdo 080 del 27 de mayo de 2022, manual único de medicamentos para el SSPM y de la Policía Nacional y/o el que se encuentre vigente en el momento de la contratación. En caso de cambio o modificaciones se acogerá al mismo.
33. El oferente prestará el servicio siempre y cuando el usuario presente orden de servicio debidamente diligenciada y firmada por el profesional responsable tratante con su firma y sello; firma y sello del líder de autorizaciones, referencias y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Arauca; firma del paciente y anexar fotocopia del carné Policial (vigente) o constancia expedida por la oficina de recursos humanos del Departamento de Policía Arauca y el documento de identidad (cédula, tarjeta de identidad y registro civil).
34. El oferente permitirá a funcionarios del grupo de garantía de la calidad e información al usuario de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las auditorias necesarias para el mejoramiento del servicio, al igual que la auditoria concurrente que definirá la pertinencia de la atención.
35. Deberá contar con un sistema de información estadístico para el manejo de datos, el cual debe incluir entre otros los siguientes parámetros datos generales del paciente: (nombre completo, identificación, edad, sexo, tipo de vinculación, lugar de residencia), tipo(s) de procedimiento(s) efectuado(s), valor facturado(s). Se debe a llegar la información en medio magnética e impreso a la Unidad Prestadora de Salud Arauca cuando se requiera.
36. Prestar con oportunidad los servicios objeto del presente proceso, en caso de no disponer del servicio en determinado momento debe garantizar la prestación del mismo mediante instituciones de referencia sin que se altere la tarifa pactada.
37. Garantizar oportunidad en el servicio en el horario comprendido de lunes a viernes entre las 08:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m. - 06:00 p.m. y los sábados de 08:00 am a 12:00 pm.
38. Prestar con oportunidad los servicios objeto del presente proceso, en caso de no disponer del servicio en determinado momento debe garantizar la prestación del mismo mediante instituciones de referencia sin que se altere la tarifa pactada.
39. Para la prestación del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento:

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 5, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudiente.
b. El usuario debe presentar 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 contratista 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 grupo de redes integrales - oficina de referencia y contrarreferencia del grupo de redes integradas en servicios de salud, la única dirección electrónica válida para este proceso es desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. Para las solicitudes de atenciones de urgencias disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos
e. Todo bien o servicio fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del Nivel Central DISAN), para lo cual el especialista de la entidad Contratista que solicite un

procedimiento o medicamento que este fuera del Plan de Beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá diligenciar completamente el formato de autorización de procedimientos o medicamentos que están fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Formato que se encuentra en el anexo del presente estudio previo) y entregarlo al usuario en el momento de la consulta o de la atención médica con copia de historia clínica, orden del médico tratante o fórmula médica original, soportes de estudios realizados, se hace claridad que el formulario debe estar completamente diligenciado con datos de usuario y médico tratante en letra imprenta legible, estos documentos los entregará el usuario a la oficina de referencia y contrareferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 ubicada en la ciudad de Bucaramanga, para que se adelante el trámite ante el Comité Técnico Científico del Nivel Central. No se admiten formatos institucionales del Contratista, solo cuando una orden judicial, tutela o la condición clínica del paciente amerite la administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la oficina de referencia y contrareferencia con posterioridad, en el formato de justificación ante Comité Técnico Científico diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

a. Notificar al Coordinador del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte MENSUAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
c. **Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato, el contratista deberá informar mediante oficio a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 y al supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder, el contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).**
d. Reportar la ejecución del contrato de manera mensual al supervisor del contrato al correo pabonyuly99@gmail.com; de acuerdo con los siguientes formatos:

FORMATO MENSUAL
MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5

FECHA:					
ENTIDAD:					
CONTRATO Nro.:		FECHA INICIO:		FECHA TERMINACIÓN:	

VALOR INICIAL: _____
ADICIÓN Nro. 1: _____
ADICIÓN Nro. 2 _____
TOTAL: _____

DÍAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
MES 1					
MES 2					
MES 3					
MES 4					

40. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Regional, y documentando a la

vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.

41. El Contratista deberá prestar los servicios de salud en las mejores condiciones y con la oportunidad disponible de acuerdo a su capacidad operativa, de acuerdo a lo establecido en las Resoluciones 256 de 2.016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular único título II de SUPERSALUD https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../abece-resolucion-256-de-2016.pdf.
42. Para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer se obedecerán las "instrucciones PRIMERA y SEGUNDA" impartidas dentro de la circular externa N° 004 SUPERSALUD del 17 de julio de 2014
43. La entidad Contratista deberá aplicar el principio de racionalidad para la realización y práctica de todos los procedimientos anteponiendo el concepto de calidad, esto es lograr los máximos beneficios, con mínimos riesgos, pero a costos razonables.
44. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.
45. Entregar al usuario reporte de resultados para continuar el manejo terapéutico del paciente, cuando lo amerite, a través del proceso y formato del Grupo de redes integrales - Referencia y Contrareferencia.
46. El Contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste, la no existencia de facturación pendiente por radicar en la regional de aseguramiento en salud nº 5 y que se encuentra apto para la liquidación del contrato.
47. El contratista deberá expedir certificación mensual en la cual conste que no tiene facturas pendientes con los servicios del mes prestados.
48. 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.
49. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
50. 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"*.
51. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.
52. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
53. El Contratista deberá suministrar los elementos de protección personal de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
54. Dar cumplimiento a la normatividad expedida por las autoridades competentes respecto de las normas de bioseguridad en la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
55. Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial
56. El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

CIUDAD Y FECHA

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Elegir la modalidad de contratación. Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

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

> *"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".*

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

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

Nota: seleccionar, según corresponda.

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

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.

- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

El proponente:

_____

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

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

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

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA UNIDAD EJECUTORA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD EJECUTORA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,[1] son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente:

_____

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

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
OFERTA ECONÓMICA	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS":**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO APLICABLE A CADA ÍTEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO IVA INCLUIDO
1	**GRUPO No. 1** PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA	_____%
2	**GRUPO No. 2** PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).	
3	**GRUPO No. 3:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO - ARAUCA	

NOTA:

1. SE ADJUDICARÁ EL CONTRATO A LA OFERTA PRESENTADA QUE TENGA el MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO, APLICADO A TODOS LOS ÍTEMS.
2. EL OFERENTE SOLO DEBE OFRECER UN (01) PORCENTAJE DE DESCUENTO DE MANERA GENERAL PARA TODOS LOS ÍTEMS.
3. EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
4. SE DEBERÁN OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS ANTES MENCIONADOS.
5. EL PRESENTE PROCESO SE ADJUDICARÁ POR EL VALOR DE SETENTA Y SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA PESOS $75.142.150,00
6. PARA EL CONTRATO LOS VALORES QUE TENGAN CENTAVOS, ESTOS SE APROXIMARAN AL VALOR MÁS CERCANO AL PESO.

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

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Yo_____, representante legal de la_____, certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y se verificó que el personal se encuentra inscrito y activo en el RETHUS, así mismo certifico que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD TECNICA	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Referencia: Certificado de capacidad técnica del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

Oferente:

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

El proponente:

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Referencia: Certificación de capacidad administrativa y operacional

Yo_____, Representante de la Firma_____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto es la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS). GRUPO No. 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO - ARAUCA", en las condiciones señaladas en el presente estudio previo.

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

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

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

Así mismo, adjuntamos los siguientes documentos:

- Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin.
- Portafolio de Servicios de la Entidad oferente.
- Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.

Atentamente:

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
HOJA DE VIDA DE EQUIPOS	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga

Yo_____, representante legal de la_____, certifico que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos incluidos en el presente proceso contractual cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS). GRUPO No. 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO - ARAUCA, se encuentran en buen estado de funcionamiento, para lo cual adjunto hojas de vida y relación de los equipos:

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS					
NOMBRE DEL EQUIPO	**REFERENCIA**	**MARCA**	**AÑO DE FABRICACIÓN**	**MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2023**	**MANTENIMIENTO CORRECTIVO 2023**

El proponente:

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

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

El oferente debe marcar con una (X) en la casilla correspondiente de acuerdo a la oportunidad de la atención ofrecida por la entidad:

OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA

SERVICIOS AMBULATORIOS	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 3 DÍAS	
ENTRE 4 Y 5 DÍAS	
ENTRE 6 DÍAS HASTA 7 DÍAS	

OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA

CONSULTA EXTERNA	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 5 DÍAS	
ENTRE 6 Y 10 DÍAS	

El proponente:

_____

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES	

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Ref: Proceso de mínima cuantía No. _____, el cual tiene por objeto la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE NIVEL I, II, III y IV; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS). GRUPO No. 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO - ARAUCA. Igualmente, los servicios ordenados por jueces de la república mediante acción de tutela y los procedimientos autorizados por el comité técnico científico.

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

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente, con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

- Las aplicaciones de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar la prestación del servicio, serán asumidos como mi responsabilidad.
- Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- El personal bajo mi responsabilidad, realizara capacitaciones en temas ambientales tales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- Presentar al supervisor del contrato el análisis del ciclo de vida de los productos o insumos que se utilizan en la prestación del servicio.
- Allegar copia de destinación final de los elementos al momento de radicación de la factura.

El proponente:

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