CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA PROPONENTE:

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de la (empresa o persona) que represento, que cumplo en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

El proponente deberá marcar con una (**X**) la respectiva casilla por cada ítem y/o descripción **CUMPLE SI / NO**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Servicios especializados en Laboratorio Clínico		
2	El oferente debe garantizar la prestación de la totalidad de los servicios establecidos en la oferta económica, durante la totalidad del tiempo contractual, ante la no prestación del servicio ofrecido se incurrirá en incumplimiento lo que será causal de aplicación de las cláusulas de incumplimiento establecidas en el contrato.		
3	El Oferente deberá presentar mensualmente estadística de pacientes atendidos, diagnósticos, tratamientos, que faciliten su control y seguimiento en caso de implementarse clínicas de manejo de patologías crónicas de la especialidad.		
4	El oferente deberá llevar registros de atención diaria consultas, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.		
5	Contar con la infraestructura adecuada y el talento humano Profesional necesario, lo cual garantice la prestación óptima, confiable y continúa del servicio, Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables al prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca mediante la resolución 3100 de 2019.		
6	El oferente 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.		
7	Atender los pacientes bajo esquema de protocolos establecidos para evitar el contagio por COVID-19 con el fin de minimizar el riesgo de contagio por COVID-19.		
8	El oferente habilitará a un funcionario de su planta de personal que servirá de enlace directo con la Supervisión del contrato de La Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina; esta persona debe estar identificada y dispondrá de un teléfono celular como soporte técnico para la solución inmediata de problemas en el caso que se requiera al menos 1 vez por semana.		
9	Modelo de prestación de servicios de salud debe estar adherido a las necesidades de los usuarios con el fin de garantizar una atención oportuna frente a los horarios que se manejaran por parte del oferente para la atención de los usuarios de 06:00 a 12:00 horas y entrega de resultados de 13:00 horas a 16:00 horas.		
10	Constancia firmada por el oferente donde Soporte que cuenta con la capacidad Operativa, para lo cual deberá diligenciar y entregar con su oferta formato de capacidad operativa.		
11	El oferente atenderá a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
	que se expidan en el futuro y durante el transcurso del presente contrato, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden jurídico y público, las buenas costumbres y la moral profesional.		
12	**El OFERENTE** se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2762 de 1991 por medio del cual se adoptan medidas para controlar la densidad poblacional en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para evitar el crecimiento poblacional dando pie al decreto 2171 de 2001 por el cual se reglamenta el Decreto 2762 de 1991 con el fin de implementar mecanismos que permitan a la Oficina de Control de Circulación y Residencia, OCCRE cumplir de manera más eficiente con sus funciones, este requisito es de obligatorio cumplimiento por parte del oferente que le sea adjudicado el presente contrato toda vez que se verificara para la iniciación de ejecución del mismo.		
13	Garantizar la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato. El oferente deberá tener un plan de contingencia para cubrir los casos en los que no pueda prestar el servicio por sí mismo.		
14	El Oferente deberá anexar a su oferta certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración “Aceptable” (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Diligenciar Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo), anexo en la plataforma SECOP II.		

CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS

ITEM	CARACTERISTICA	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud a los usuarios La Unidad Prestadora San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.		
2	El oferente deberá contar con la habilitación de los servicios a prestar, soportado Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato.		
3	El oferente mantendrá los precios ofertados, durante la ejecución del contrato que se llegue a celebrar.		
4	El oferente debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas teniendo prioridad la atención a maternas, personas en situación de discapacidad y adulto mayor.		
5	El oferente se compromete a mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud del nivel de atención ofertado.		
6	En oferente se compromete a que la atención de pacientes remitidos por la Unidad de Sanidad Policial, se haga bajo las condiciones definidas en las guías de manejo acordadas.		

ITEM	CARACTERISTICA	CUMPLE	NO CUMPLE
7	Para el caso de procedimientos adicionales que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado pactado en el anexo No. 3 “oferta económica”. requerirá el aval por parte de la central de autorizaciones oficina de referencia y Contrarreferencia (designación código de autorización), sin que se convierta en un obstáculo para la atención cuando se encuentra en riesgo la vida del paciente.		
8	Una vez agotado el contrato, los oferentes se comprometen con la UPRES DESAP a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado (Atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en SEGÚN RESOLUCION 5596 DEL 24 DE DICIEMBRE DEL 2015 de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no son compromiso del UPRES DESAP y serán asumidos por el contratista**.**		
9	El oferente deberá implantar su propio sistema de auditoría médica y permitir que La Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina, a través de su auditor de calidad o de concurrencia realice las auditorias e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o La Unidad Prestadora de Salud consideren pertinentes.		
10	Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 **“Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico”**.		
11	El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.		
12	El Oferente deberá cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia		
13	El oferente debe cumplir con lo dispuesto en la Resolución No. 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”.		
14	El oferente deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicio al usuario y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.		
15	El oferente deberá implementgar el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El **PAMEC** es la forma a través de la cual la institución implementa este componente. ACCIONES PREVENTIVAS.		
16	**FORMACIÓN ACADÉMICA** Los oferentes deben disponer profesionales en: • Bacteriología mínima 1 • Auxiliar de laboratorio clínico mínimo 1 El profesional deberá encontrarse inscrito ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (…) *con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud*. El oferente deberá anexar copia de las hojas de vida de los mismos, y diligenciar el formato de idoneidad por cada funcionario.		

ITEM	CARACTERISTICA	CUMPLE	NO CUMPLE
17	VISITA DE CAMPO EN LAS INSTALACIONES DEL OFERENTE La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 por intermedio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas. Se realizará el registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité.		

EXPERIENCIA PROPONENTE

Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de certificaciones y/o contratos ejecutados o en ejecución con entidades públicas o privadas, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente contratación cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrita por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin y referencia que incluya el desempeño del servicio prestado. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.

Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.

Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

NOTA: La presentación de las certificaciones y demás condiciones habilitantes deberán ser presentadas con la oferta.

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

OFERTA ECONÓMICA

ITEM	DESCRIPCION	DESCRIPCION	PRECIO TECHO	Porcentaje único de descuento (Excluido IVA)
1	998001	ACETALDEHIDO	$ 33.120	
2	905701	ACETAMINOFEN	$ 68.400	
3	905702	ACETAMINOFEN	$ 148.147	
4	903415	ACETILCOLINESTERASA	$ 69.840	
5	903103	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACETICO	$ 86.400	
6	903709	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	$ 188.640	
7	903103	ACIDO DELTA AMINO LEVULINICO EN ORINA	$ 92.160	
8	903105	ACIDO FOLICO	$ 61.969	
9	903107	ACIDO FORMICO	$ 22.320	
10	903111	ÁCIDO LÁCTICO	$ 50.618	
11	903801	ÁCIDO ÚRICO	$ 18.760	
12	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.960	
13	905201	ACIDO VALPROICO (DEPAKENE	$ 65.943	
14	903113	ACIDO VANILMANDELICO	$ 80.640	
15	903401	ADENOSIN DEAMINASA A.D.A.	$ 39.600	
16	906901	AGLUTININAS FRIAS	$ 30.240	
17	903804	ALBUMINA EN ORINA	$ 18.000	
18	903803	ALBUMINA EN SUERO	$ 18.000	
19	905706	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.268	_____%
20	903402	ALDOLASA	$ 44.468	
21	904801	ALDOSTERONA	$ 112.850	
22	903002	ALFAFETOPROTEINAS	$ 85.420	
23	906602	ALFAFETOPROTEINAS EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 84.240	
24	903303	ALMIDONES	$ 18.720	
25	903871	AMILASA EN ORINA	$ 21.600	
26	903805	AMILASA SERICA	$ 21.600	
27	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 80.640	
28	905301	ANFETAMINAS SULFATO	$ 83.764	
29	906463	ANTI TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS (RIA/EIA)	$ 81.784	
30	901001	ANTIBIOGRAMA CON DISCO DE SENSIBILIDAD	$ 25.568	
31	902004	ANTICOAGULANTE LUPICO	$ 85.236	
32	906401	ANTICUERPOS ANTI ACETILCOLINA	$ 71.111	
33	906019	ANTICUERPOS ANTI CHLAMYDIA IGG	$ 72.720	
34	906328	ANTICUERPOS ANTI LA/SSB (EIA)	$ 87.120	
35	906331	ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALES (IFI)	$ 76.742	
36	906333	ANTICUERPOS ANTI-MUSCULO LISO	$ 65.534	

37	906337	ANTICUERPOS ANTI-NUCLEARES	$ 79.636	
38	906238	ANTICUERPOS ANTI PAPERAS IGG	$ 87.120	
39	906258	ANTICUERPOS ANTI PAPERAS IGM	$ 87.120	
40	906259	ANTICUERPOS ANTI PARBOVIRUS B-19	$ 163.440	
41	906462	ANTICUERPOS ANTI PEROXIDASA	$ 102.960	
42	906340	ANTICUERPOS ANTI PLAQUETARIOS	$ 51.849	
43	906341	ANTICUERPOS ANTI PLAQUETARIOS (CITOMETRIA DE FLUJO)	$ 82.080	
44	906454	ANTICUERPOS ANTI RH (CIT DE FLUJO)	$ 226.800	
45	906450	ANTICUERPOS ANTI RIBOSOMALES	$ 149.040	
46	906350	ANTICUERPOS ANTI RNP (EIA)	$ 87.120	
47	906351	ANTICUERPOS ANTI RO/SSA (EIA)	$ 87.120	
48	906154	ANTICUERPOS ANTI SARAMPION IGG	$ 72.720	
49	906155	ANTICUERPOS ANTI SARAMPION IGM	$ 72.720	
50	906458	ANTICUERPOS ANTI TIROIDEOS MICROSOMALES (EIA/RIA)	$ 83.115	
51	906164	ANTICUERPOS ANTI VARICELA IGG	$ 72.720	
52	906165	ANTICUERPOS ANTI VARICELA IGM	$ 88.560	
53	906011	ANTICUERPOS ANTI-CHLAMYDIA IGA	$ 72.720	
54	906013	ANTICUERPOS ANTI-CHLAMYDIA IGM	$ 72.720	
55	906014	ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA (ANCA)	$ 86.400	
56	906318	ANTICUERPOS ANTI-DNA NATIVO (IFI)	$ 72.000	
57	906422	ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLIPIDOS IGG	$ 164.880	
58	906423	ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLIPIDOS IGM	$ 164.880	
59	906332	ANTICUERPOS ANTI-MITOCONDRIALES (RIA/EIA)	$ 62.342	
60	906335	ANTICUERPOS ANTI-MUSCULO LISO (RIA/EIA)	$ 65.174	
61	906151	ANTICUERPOS ANTI-RUBEOLA IGG	$ 66.004	
62	906153	ANTICUERPOS ANTI-RUBEOLA IGM	$ 69.071	
63	906466	ANTICUERPOS ANTICITRULINA IG G	$ 86.400	
64	906338	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES A.N.A. (RIA/EIA)	$ 100.800	
65	906304	ANTICUERPOS HETEROFILOS	$ 48.000	
66	906002	ANTIESTREPTOLISINA (ASTO)	$ 36.000	
67	906608	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA LI	$ 100.800	
68	906211	ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B(HBSAG)	$ 72.000	
69	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA P.S.A.	$ 81.512	
70	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO T.P.A.	$ 171.360	
71	906304	ANTIGENOS FEBRILES	$ 50.400	
72	902008	ANTITROMBINA III (IDR)	$ 46.080	
73	902007	ANTITROMBINA III CROMOGENO SUSTRATO	$ 79.200	
74	902006	ANTITROMBINA III DE LA COAGULACION	$ 96.480	

75	906607	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO C.E.A.	$ 86.400	
76	906604	ANTÍGENO 125 PARA CÁNCER DE OVARIO	$ 96.681	
77	906605	ANTÍGENO 15-3 PARA CÁNCER DE MAMA	$ 120.556	
78	906606	ANTÍGENO 19-9 PARA CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO	$ 117.845	
79	903410	APOLIPO PROTEINAS B	$ 64.800	
80	903409	APOLIPOPROTEINAS A	$ 64.800	
81	908330	ARILSULFATASA A, EN SUERO	$ 71.280	
82	908501	ARILSULFATASA B, EN LEUCOCITOS	$ 108.000	
83	908702	ARILSULFATASA A, EN LEUCOCITOS	$ 102.960	
84	905709	ARSENICO	$ 68.400	
85	905755	ASPIRINA (SALICILATOS)	$ 39.600	
86	9007001	AZUCARES REDUCTORESEN MATERIA FECAL	$ 10.800	
87	901105	BACILOSCOPIA (B.A.A.R.)	$ 18.442	
88	901105	BACILOSCOPIA SERIADA 1RA MUESTRA	$ 21.600	
89	901105	BACILOSCOPIA SERIADA 2DA MUESTRA	$ 21.600	
90	901105	BACILOSCOPIA SERIADA 3RA MUESTRA	$ 21.600	
91	901105	BACILOSCOPIA SERIADA 4TA MUESTRA	$ 21.600	
92	901105	BACILOSCOPIA SERIADA 5TA MUESTRA	$ 21.600	
93	903808	BALANCE NITROGENADO	$ 33.120	
94	905204	BARBITURICO	$ 81.256	
95	905703	BAZUCO (ALCALOIDES)	$ 84.240	
96	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA (NEF)	$ 120.000	
97	908503	BETA GALACTOCIDASA,	$ 50.400	
98	908335	BETA GLUCOCIDASA	$ 50.400	
99	904508	BETA GONADOTROPINA CORIONICA	$ 50.400	
100	901301	BETA LACTAMASA (P. PENICILINASA)	$ 22.320	
101	903809	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	$ 24.045	
102	906401	BLOQUEADORES ANTICUERPOS	$ 354.960	
103	903861	BUN NITROGENO UREICO	$ 18.000	
104	903857	BUN NITROGENO UREICO EN ORINA	$ 30.000	
105	905714	CADMIO	$ 68.400	
106	906107	CAFEINA	$ 92.160	
107	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30.000	
108	903810	CALCIO SERICO	$ 21.600	
109	906616	CALCITONINA	$ 100.001	
110	903004	CALCULOS ANALISIS FISICO- QUÍMICO	$ 93.600	
111	905206	CARBAMAZEPINA	$ 77.515	
112	908405	CARIOTIPO CROMOSIMICO CON BANDEO C, Q, G, R, C/U	$ 354.960	
113	901215	CARIOTIPO, CULTIVO DE TEJIDO	$ 354.960	
114	903006	CATECOLAMINAS DIFERENCIADAS	$ 59.678	

115	903009	CATECOLAMINAS TOTALES	$ 60.000	
116	902101	CELULAS L. E.	$ 15.840	
117	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS DIRECTA (EIA)	$ 86.400	
118	905502	CICLOSPORINA	$ 142.560	
119	906107	CISTICERCOSIS ANTICUERPOS IGG	$ 92.160	
120	898001	CITOLOGIA CERVICO - VAGINAL	$ 43.200	
121	874312	CITOLOGÍA DE ESPUTO	$ 48.960	
122	906111	CITOMEGALOVIRUS IGG	$ 64.198	
123	906261	CITOMEGALOVIRUS IGM	$ 70.198	
124	903814	CLORO EN ORINA	$ 21.600	
125	903813	CLORO SERICO	$ 21.600	
126	903818	COLESTEROL	$ 17.280	
127	903815	COLESTEROL ALTA DENSIDAD H.D.L.	$ 18.621	
128	903816	COLESTEROL BAJA DENSIDAD L.D.L.	$ 19.812	
129	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 20.499	
130	903416	COLINESTERASA	$ 72.000	
131	901105	COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE	$ 21.600	
132	901104	COLORACIÓN DE GRAM	$ 12.240	
133	906903	COMPLEMENTO CH-50	$ 64.800	
134	906905	COMPLEMENTO SERICO C3	$ 56.880	
135	906904	COMPLEMENTO SERICO C3 (IDR)	$ 31.680	
136	906707	COMPLEMENTO SERICO C4	$ 56.880	
137	906906	COMPLEMENTO SERICO C4 (IDR)	$ 31.680	
138	902201	COOMBS DIRECTO	$ 36.000	
139	902203	COOMBS INDIRECTO	$ 60.000	
140	901206	COPROCULTIVO	$ 64.800	
141	907002	COPROLOGICO	$ 21.600	
142	907004	COPROLOGICO DIRIGIDO	$ 39.600	
143	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACIÓN	$ 22.320	
144	907002	COPROLOGICO SERIADO (1A MUESTRA)	$ 14.400	
145	907002	COPROLOGICO SERIADO 2DA MUESTRA	$ 14.400	
146	907002	COPROLOGICO SERIADO 3RA MUESTRA	$ 14.400	
147	904812	CORTISOL AM	$ 144.000	
148	904813	CORTISOL PM	$ 144.000	
149	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 72.000	
150	904301	CORTISOL PRE Y POST ACTH (2 MUESTRAS)	$ 244.080	
151	904805	CORTISOL PRE Y POST ACTH (3 MUESTRAS)	$ 311.760	
152	906340	COVID-19	$ 158.400	
153	903821	CREATIN KINASA CPK	$ 48.000	
154	903819	CREATIN KINASA CPK-MB	$ 60.000	
155	903895	CREATININA EN ORINA	$ 21.600	

156	903895	CREATININA SERICA	$ 21.600	
157	903826	CUERPOS CETONICOS EN ORINA	$ 10.800	
158	903827	CUERPOS CETONICOS EN SANGRE	$ 10.800	
159	901214	CULTIVO DE SECRECION URETRAL Y ANTIBIOGRAMA	$ 72.000	
160	901412	CULTIVO Y A/B PARA MICROORGANISMOS	$ 53.286	
161	904809	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (DHSO4)	$ 82.531	
162	906207	DENGUE ANTICUERPOS IGG	$ 69.858	
163	906208	DENGUE ANTICUERPOS INMUNOGLOBULINA "M"	$ 65.170	
164	907109	DENSIDAD URINARIA	$ 10.800	
165	905202	DEPAKENE NIVEL DE	$ 80.640	
166	903828	DEPURACION DE CREATININA	$ 36.000	
167	903828	DESHIDROGENASA LACTICA L.D.H.	$ 34.576	
168	906807	ELECTROFORESIS ACIDA DE HEMOGLOBINA	$ 77.951	
169	906808	ELECTROFORESIS ALCALINA DE HEMOGLOBINA	$ 100.800	
170	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	$ 61.920	
171	906810	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN L.C.R.	$ 71.280	
172	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA	$ 73.853	
173	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SANGRE	$ 63.460	
174	904508	EMBARAZO PRUEBA EN SANGRE	$ 36.000	
175	902218	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$ 22.685	
176	906212	EPSTEIN BARR ANTI IGG	$ 84.000	
177	906215	EPSTEIN BARR ANTI IGM	$ 84.000	
178	902106	ERITROPOYETINA	$ 205.920	
179	902204	ERITROSEDIMENTACION	$ 11.520	
180	905711	ESCOPOLAMINA	$ 87.120	
181	907201	ESPERMOGRAMA BASICO	$ 46.070	
182	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 101.520	
183	901227	ESPUTO CULTIVO BK	$ 86.400	
184	904503	ESTRADIOL SERICO	$ 76.180	
185	904505	ESTRIOL	$ 73.935	
186	904503	ESTROGENOS	$ 65.097	
187	902205	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 11.520	
188	904105	F.S.H. Y L.H. POR ESTIMULACION (5 MUESTRAS)	$ 702.000	
189	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN, CUANTI[PROTROMBINA]	$ 169.200	
190	906813	FACTOR INTRÍNSECO, ANTICUERPOS	$ 68.400	
191	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	$ 59.395	

192	906909	FACTOR REUMATOIDEO CUALITATIVO	$ 21.600	
193	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMICUANTITATIVO	$ 19.507	
194	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	$ 92.160	
195	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 62.215	
196	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$ 62.220	
197	902019	FACTOR VON WILLEBRAND	$ 80.972	
198	902020	FACTOR X [STUART POWER]	$ 66.535	
199	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 62.215	
200	902062	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN, DE CONTACTO]	$ 62.966	
201	902023	FACTOR XIII [FSF, FX ESTABILIZANTE DE FIBRINA/TIEMPO DE LISI	$ 84.544	
202	903202	FENILCETONURIA	$ 31.680	
203	905213	FENITOINA TOTAL	$ 86.400	
204	905210	FENITOINAS LIBRE	$ 86.400	
205	905215	FENOBARBITAL	$ 74.218	
206	903016	FERRITINA	$ 63.087	
207	902024	FIBRINOGENO POR COAGULACION	$ 40.392	
208	903831	FOSFATASA ACIDA PROSTATICA	$ 53.834	
209	903830	FOSFATASA ACIDA TOTAL	$ 72.000	
210	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 38.882	
211	903836	FOSFORO EN ORINA	$ 21.600	
212	903835	FOSFORO INORGANICO	$ 21.600	
213	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA	$ 34.560	
214	907005	FROTIS RECTAL	$ 10.800	
215	903421	FRUCTOSAMINA	$ 22.320	
216	906916	HEMOAGLUTINACION DE ANTICUERPOS ANTITREPONEMA PALLIDUM (TPHA)	$ 86.400	
217	903301	GALACTOSA	$ 26.470	
218	908320	GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA	$ 39.600	
219	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA GGT	$ 28.800	
220	901303	GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO	$ 17.280	
221	901217	GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO Y CULTIVO	$ 64.800	
222	903839	GASOMETRIA ARTERIAL	$ 93.600	
223	906620	GASTRINA	$ 80.640	
224	905404	GENTAMICINA NIVEL DE	$ 80.640	
225	903841	GLICEMIA	$ 17.280	
226	903845	GLICEMIA CURVA 3 HORAS (5 MUESTRAS)	$ 84.000	
227	903845	GLICEMIA CURVA 4 HORAS (7 MUESTRAS)	$ 108.000	
228	903845	GLICEMIA POST (4 PM)	$ 17.280	
229	903842	GLICEMIA PRE Y POST CARGA	$ 33.996	

230	9038743	GLICEMIAPRE Y POST PRANDIAL (2 HORAS)	$ 35.429	
231	903422	GLICOHEMOGLOBINA HB AIC	$ 43.200	
232	902108	GLUCOSA 6 FOSFATOS DESHIDROGENSA CUALITATIVA	$ 132.000	
233	902109	GLUCOSA 6 FOSFATOS DESHIDROGENSA CUANTITATIVA	$ 132.000	
234	903840	GLUCOSURIA	$ 17.280	
235	902299	GRAM, TINCIÓN Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	$ 24.574	
236	903019	HAPTOGLOBINA	$ 56.880	
237	906025	HELICOBACTER PILORI ANTICUERPOS	$ 72.000	
238	902211	HEMATOCRITO	$ 16.193	
239	911017	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	$ 32.426	
240	901224	HEMOCULTIVO	$ 44.640	
241	901224	HEMOCULTIVO SERIADO 1RA MUESTRA	$ 44.640	
242	901224	HEMOCULTIVO SERIADO 2DA MUESTRA	$ 44.640	
243	901224	HEMOCULTIVO SERIADO 3RA MUESTRA	$ 44.640	
244	902210	HEMOGLOBINA	$ 14.400	
245	902111	HEMOGLOBINA FETAL	$ 17.280	
246	903426	HEMOGLOBINA GLICOSIDADA	$ 43.565	
247	902209	HEMOGRAMA TIPO III	$ 36.000	
248	902210	HEMOGRAMA TIPO IV	$ 36.000	
249	902209	HEMOPARASITOS FROTIS	$ 14.400	
250	902210	HEMOPEXINA	$ 46.080	
251	902213	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 46.080	
252	903064	HEPATITIS A ANTI TOTALES	$ 84.000	
253	903424	HEPATITIS A ANTICUERPOS IGM	$ 84.000	
254	906129	HEPATITIS B ANTI ANTIGENOE (ANT. HBE)	$ 86.400	
255	906128	HEPATITIS B ANTI C IGM	$ 86.400	
256	906223	HEPATITIS B ANTICORE HBC	$ 86.400	
257	906130	HEPATITIS C ANTICUERPOS	$ 83.833	
258	906131	HEPATITIS D, ANTI ANTIGENO DELTA	$ 103.959	
259	906135	HERPES TIPO I ANTI IGG	$ 81.470	
260	906136	HERPES TIPO I ANTI IGM	$ 81.616	
261	906138	HERPES TIPO II ANTI IGG	$ 81.462	
262	906139	HERPES TIPO II ANTI IGM	$ 81.459	
263	906140	HIERRO SERICO	$ 39.301	
264	906141	HONGOS CULTIVO	$ 45.465	
265	903846	HONGOS MICROSCOPICOS K.O.H.	$ 14.400	
266	903846	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (A.C.T.H.)	$ 72.000	
267	901305	HORMONA DE CRECIMIENTO POST CLONIDINA (2MUEST)	$ 145.440	

268	901305	HORMONA DE CRECIMIENTO POST CLONIDINA (4MUEST)	$ 291.600	
269	901305	HORMONA DE CRECIMIENTO POST CLONIDINA (5MUEST)	$ 364.320	
270	904103	HORMONA DEL CRECIMIENTO G.H.	$ 72.720	
271	904205	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (T.S.H.)	$ 47.919	
272	904205	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (F.S.H.)	$ 86.400	
273	904205	HORMONA LUTEINIZANTE L.H.	$ 72.000	
274	904104	HORMONA PARATOIDEA P.T.H.	$ 108.000	
275	904902	IMIPRAMINA	$ 90.000	
276	904105	INMUNOGLOBULINA A (IGA)	$ 70.330	
277	904107	INMUNOGLOBULINA E (IGE)	$ 69.024	
278	904913	INMUNOGLOBULINA E-ALERGENOS CADA UNA	$ 76.059	
279	905304	INMUNOGLOBULINA G (IGG)	$ 70.212	
280	906402	INMUNOGLOBULINA M (IGM)	$ 73.487	
281	906409	INSULINA, CADA MUESTRA	$ 77.697	
282	906834	INSULINA POST	$ 72.000	
283	906404	INSULINA PRE Y POST CARGA	$ 144.000	
284	906406	IONOGRAMA EN SUDOR C/U	$ 67.261	
285	904704	LEGIONELLA CULTIVO	$ 68.400	
286	904702	LEISHMANIA DETERMINACION AC.	$ 18.720	
287	904702	LEISHMANIA REACCION MONTENEGRO	$ 36.720	
288	903607	LINFOCITOS CD3	$ 80.640	
289	901228	LINFOCITOS CD4	$ 80.640	
290	906121	LINFOCITOS CD4/CD8 C/U	$ 80.640	
291	901403	LIPASA	$ 43.200	
292	901228	LIPOPROTEINAS	$ 79.200	
293	906121	LIQUIDO ASCITICO (CITOQU	$ 108.000	
294	901403	LIQUIDO PROSTATICO MICROSCÓPICO	$ 36.000	
295	906723	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	$ 50.400	
296	906725	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO, CULTIVO	$ 101.520	
297	906725	LIQUIDO PLEURAL (CITOQUIM	$ 72.720	
298	903851	LIQUIDO PLEURAL, CULTIVO	$ 123.120	
299	906810	LIQUIDO PROSTATICO CULTIVO	$ 94.320	
300	903854	LIQUIDO SINOVIAL (CITOQUIMICO)	$ 125.280	
301	907203	LISTERIA, IDENTIFICACION SEROLOGICA	$ 46.080	
302	903855	LITIO LI	$ 28.800	
303	901208	MAGNESIO MG	$ 72.000	
304	903857	MALARIA ANTICUEPOS IGG	$ 58.320	
305	901208	MERCURIO HG	$ 84.240	
306	901208	METACUALONA	$ 113.760	

307	903503	METADONA	$ 113.760	
308	901306	METAEPINEFRINA	$ 145.440	
309	905316	METAHEMOGLOBINA CUALITATIVA	$ 22.320	
310	903854	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 50.400	
311	906122	METANEFRINA	$ 97.920	
312	905731	METOTREXATE	$ 80.640	
313	905733	MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	$ 80.640	
314	905735	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS TOTALES	$ 118.800	
315	903025	MICROALBUMINURIA	$ 72.000	
316	902117	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA 24 HORAS	$ 45.235	
317	902118	MICROSPORIDIA COLORACION TRICOMICA	$ 56.880	
318	903067	MIELOCULTIVO	$ 68.400	
319	905504	MIOGLOBINA	$ 71.280	
320	901230	MIOGLOBINA EN ORINA	$ 17.280	
321	906036	MOCO CERVICAL ANALISIS (SIMS HUHNER)	$ 55.440	
322	903026	MOCO NASAL MICROSCOPICO	$ 17.280	
323	903027	MONOXIDO DE CARBONO	$ 93.600	
324	901111	MORFINA	$ 90.000	
325	982005	MORFOLOGIA GLOBULAR F.S.P.	$ 14.400	
326	903030	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IGM	$ 68.400	
327	903031	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS IGG	$ 50.400	
328	907202	NEISSERIA GONORREA, CULTIVO	$ 49.996	
329	902218	NEISSERIA MENINGIDITIS SEROTIPO	$ 82.080	
330	905738	NETILMICINA	$ 80.640	
331	905727	NEUTRALIZACION PLAQUETARIA	$ 44.640	
332	902205	NITROPRUSIATO	$ 56.880	
333	906035	NITROSONAFTOL	$ 46.080	
334	906034	NOCARDIA SPP CULTIVO	$ 68.400	
335	901232	NORTRIPTILINA	$ 92.160	
336	901317	NUCLEOTIDASA -5	$ 31.680	
337	901317	ORGANOCLORADOS	$ 109.440	
338	905407	ORGANOFOSFORADOS	$ 99.982	
339	902119	ORINA PARCIAL	$ 17.280	
340	905606	OSMOLARIDAD	$ 22.320	
341	908313	OXALATOS EN ORINA	$ 46.080	
342	901234	OXIUROS (PRUEBA DE GRAHAM)	$ 10.800	
343	905304	PARANITROFENOL	$ 92.160	
344	903432	PARAQUAT	$ 92.160	
345	905741	PARATODITIS VIRAL, ANTICUERPOS	$ 87.120	

346	905743	PIEL MICROSCOPICO Y CULTIVO	$ 82.800	
347	907106	PLAQUETAS RECUENTO DE	$ 23.535	
348	903034	PORFOBILINOGENO	$ 56.880	
349	903036	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 28.800	
350	907007	POTASIO SERICO (K)	$ 21.600	
351	905744	PROGESTERONA	$ 70.807	
352	905714	PROLACTINA MUESTRA UNICA	$ 58.385	
353	906238	PROLACTINA POOL DE 3 MUES	$ 58.320	
354	874312	PROTEINA C ANTICOAGULANTE	$ 145.440	
355	902220	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	$ 50.400	
356	874312	PROTEINA C REACTIVA SEMICUANTITATIVA	$ 21.059	
357	902220	PROTEINAS DE BENCE-JONES	$ 15.544	
358	903040	PROTEINAS DIFERENCIADAS	$ 36.000	
359	903860	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30.670	
360	903859	PROTEINAS S DE LA COAGULACION	$ 83.744	
361	904510	PROTEINAS TOTALES	$ 28.800	
362	904108	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 69.840	
363	904109	PRUEBA BACTERICIDA EN L.C.R. Y SUERO	$ 68.400	
364	902034	PRUEBA CRUZADA	$ 44.640	
365	906913	PRUEBA DE CICLAJE (CELULAS FALCIFORMES)	$ 24.000	
366	906914	PRUEBA DE GRAHAM	$ 10.800	
367	907103	PRUEBA DE O`SULLIVAN (2 MUESTRAS)	$ 36.000	
368	903861	PRUEBA DE O`SULLIVAN (4 MUESTRAS)	$ 64.800	
369	903862	PRUEBA DE PIRILINKS	$ 118.800	
370	902037	PRUEBA DE SIA PARA MACROGLOBULINAS	$ 23.760	
371	903863	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS (3 MUESTRAS)	$ 60.000	
372	903433	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS (4 MUESTRAS)	$ 59.040	
373	901501	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS (5 MUESTRAS)	$ 72.000	
374	911031	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 4 HORAS 6 MUESTRAS	$ 90.720	
375	902120	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 4 HORAS 7 MUESTRAS	$ 97.920	
376	907007	PRUEBA DE TZANCK	$ 17.280	
377	903884	PRUEBA DEL TORNIQUETE (FRAGILIDAD CAPILAR)	$ 10.800	
378	903884	QUINIDINA	$ 71.280	
379	903011	QUININA	$ 102.960	
380	9026611	R.A. TEST	$ 21.600	
381	903844	RAST ALERGENOS (CADA ALERGENO)	$ 86.400	
382	903844	REACCION DE MONTENEGRO	$ 36.720	

383	903844	RENINA	$ 84.240	
384	903844	RESISTENCIA A LA PROTEINA C	$ 151.200	
385	903844	RESISTENCIA A LA PROTEINA S	$ 150.480	
386	898002	RETICULOCITOS	$ 14.400	
387	902216	RETRACCION DEL COAGULO CUANTITATIVA	$ 12.960	
388	902109	RETRACCIÓN DE COAGULO (CUALITATIVA)	$ 6.480	
389	905753	ROTAVIRUS EN MATERIA FECAL	$ 57.600	
390	906969	ROTAVIRUS EN MATERIA FECAL (LATEX)	$ 57.556	
391	906834	RUBEOLA IGG, ANTICUERPOS	$ 75.204	
392	860207	RUBEOLA IGM, ANTICUERPOS	$ 79.177	
393	904004	SALMONELLA PARATYPHI A, SEROAGLUTINACION	$ 7.200	
394	902039	SANGRE OCULTA EN HECES	$ 15.580	
395	902035	SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENOS	$ 273.600	
396	902222	SECRECION NASOFARINGEA CULTIVO	$ 68.400	
397	902043	SECRECION NASOFARINGEA MICROSCOPICA	$ 17.280	
398	902041	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR. SEROTIPIFICACIÓN	$ 17.280	
399	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 17.280	
400	906327	SECRECION URETRAL MICROSC	$ 42.155	
401	906242	SECRECION VAGINAL CULTIVO	$ 72.000	
402	906244	SECRECION VAGINAL MICROSCOPICO	$ 47.332	
403	906222	SECRECION VAGINAL, CULTIVO Y AB	$ 72.000	
404	907009	SEMEN MICROSCOPICO	$ 31.680	
405	906340	SEMEN, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	$ 82.800	
406	901303	SEROAGLUTINACION PARA FEBRILES	$ 54.000	
407	901303	SEROLOGIA II	$ 36.000	
408	901303	SODIO EN ORINA DE 24 HORA	$ 28.800	
409	901303	SODIO SERICO (NA)	$ 21.600	
410	901303	SOMATOMEDINA C	$ 102.000	
411	901304	SOMATOSTATINA	$ 198.000	
412	901304	STREPTOCOCCUS GRUPO A	$ 36.000	
413	901217	SUCROSA TEST DE	$ 23.760	
414	901217	SUDAM	$ 12.960	
415	901217	SULFAHEMOGLOBINA CUALITATIVA	$ 23.760	
416	906204	SULFAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 50.400	
417	904508	T.S.H. NEONATAL	$ 72.000	
418	903865	T.S.H. POR ESTIMULACIÓN T.R.H. (2 MUEST)	$ 200.160	
419	903864	T.S.H. POR ESTIMULACIÓN T.R.H. (3MUEST)	$ 257.760	
420	904101	T.S.H. POR ESTIMULACIÓN T.R.H. (4 MUEST)	$ 314.640	
421	904708	TALIO	$ 109.440	

422	901321	TEOFILINA NIVEL DE	$ 80.640	
423	903845	TESTOSTERONA LIBRE	$ 78.079	
424	907006	TESTOSTERONA TOTAL	$ 76.242	
425	902123	TIEMPO DE COAGULACION	$ 14.400	
426	902122	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	$ 30.000	
427	904903	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$ 14.400	
428	904905	TIEMPO DE TROMBINA	$ 40.320	
429	904905	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA T.P.T.	$ 30.000	
430	904905	TIROGLOBULINA	$ 72.000	
431	905760	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS(ANTICUERPOS)	$ 86.400	
432	905607	TIROXINA T4 TOTAL	$ 58.932	
433	904601	TIROXINA T4 LIBRE	$ 58.270	
434	904602	TOXOPLASMA IGG	$ 79.014	
435	902043	TOXOPLASMA IGM	$ 79.289	
436	902045	TRANSAMINASA ALANINO AMINOTRANSFERASA (GPT)	$ 28.800	
437	902046	TRANSAMINASA ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (GOT)	$ 28.800	
438	902048	TRANSFERRINA	$ 54.924	
439	902049	TRIGLICERIDOS	$ 17.126	
440	904920	TRIPANOSOMA CRUZI (CHAGAS)	$ 65.690	
441	906463	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 64.800	
442	904922	TRIYODOTIRONINA T3 TOTAL	$ 54.930	
443	904921	UREA EN ORINA	$ 17.829	
444	906128	UREA SERICA	$ 28.800	
445	906130	UROBILINOGENO	$ 10.800	
446	903866	UROBILINOGENO EN ORINA SEMICUANTITATIVA	$ 50.400	
447	903867	UROCULTIVO R. DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA	$ 60.582	
448	903845	UROPORFIRINAS	$ 48.960	
449	903868	VARICELA ZOSTER, ANTICUERPOS IG-M	$ 84.000	
450	906163	VARICELA ZOZTER, ANTICUERPOS IG-G	$ 84.000	
451	904924	VDRL SEROLOGIA	$ 24.000	
452	904925	VITAMINA B1	$ 108.000	
453	903870	VITAMINA B12	$ 96.000	
454	903874	VITAMINA CADA UNA	$ 90.413	
455	907106	VITAMINA D -25 HIDROXI	$ 108.000	
456	907107	WARFARINA	$ 72.720	
457	901235	WESTERN BLOT (HIV CONFIRMATORIO)	$ 283.680	
458	903051	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	$ 68.400	
459	906248	YODUROS	$ 30.240	

460	906247	ZINC	$ 80.640	
461	906915	CORTISOL PLASMATICO PM	$ 144.000	
462	903702	CORTISOL SERICO	$ 72.000	
463	903703	CULTIVO SECRECION OTICA	$ 54.000	
464	903703	DIMERO D (EIA) PRODUCO GRADACION DEL FRIBRINOGENO	$ 100.800	
465	903706	DIMERO D PRODUCTO DE DEGRADACION DEL FRIBRINOGENO	$ 100.800	
466	905102	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN LIQUIDO SINOVIAL	$ 71.280	
467	906250	EPAMIN NIVEL DE	$ 80.640	
468	901238	MONO TEST	$ 21.600	
469	903107	PROTEUS OX-19 SEROAGLUTINACION	$ 14.400	
470	903808	R.P.R. EN SUERO	$ 25.920	
471	904805	JUGOS GASTRICOS MICROSCOPICOS	$ 17.280	
472	904812	PROTEUS OX-2 SEROAGLUTINACION	$ 14.400	
473	901217	PROTEUS OX-K SEROAGLUTINACIÓN	$ 14.400	
474	902104	TDT (CIT FLUJO)	$ 171.360	
475	902024	TORCH IGG (TOXO, RUB, CMV, HERPES II, FTA, VDRL)	$ 285.840	
476	906811	TORCH IGM (TOXO, RUB, CMV, HERPES II, FTA, VDRL)	$ 333.360	
477	905213	CULTIVO SECRECION OCULAR	$ 54.000	

NOTA 1: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.
NOTA 2: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **PN RASES No. 1 MIC 041 2024**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

Presentación de propuesta para el Proceso de del proceso Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto es la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

Yo (Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta_____, identificado como aparece al pie de mi firma,_____ obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta_____; si el(los) CONTRATISTA (s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto es la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA,** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación pública y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de los adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación pública y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
6.Que nos comprometemos a proveer a la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 Unidad Ejecutora, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes ofrecidos en

la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación pública para el proceso de mínima cuantia, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación pública, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes que entregamos a la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación pública, sus Anexos, sus Formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del proceso que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de la tecnología y los equipos a los cuales aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del proceso a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

9. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como CONTRATISTA s, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

10. Reconocemos que ni la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del proceso, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

11. Reconocemos que ni la invitación pública, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del proceso ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del proceso que se suscriba.

12. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del proceso que se nos ofrece, de la invitación pública y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del proceso, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. , las que de antemano aceptamos.

13. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

14. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del proceso ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente

adjudicación, y de la suscripción del proceso respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
15. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
16. Que me obligo a suministrar a solicitud de la DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
17. Que la presente propuesta consta de _____ (Número de folios de la propuesta) folios distribuidos en... (Número de fólderes en los que es presentada la propuesta) fólderes.
18. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax.
19. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del proceso respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
20. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
21. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de la misma.
22. Que el valor del descuento de nuestra propuesta es por _____ % (porcentaje de descuento).

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA_____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

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

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.
2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)
TELÉFONO: _____SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar original de certificación bancaria con destino a la Dirección Administrativa y Financiera).

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Anexar: Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

Compromiso anticorrupción del proceso Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto es la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____ 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1** 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1** 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1**, 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 – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1** 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: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

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.

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto es la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA,** provienen de actividades licitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024
Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto es la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, 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 Mínima Cuantía para la celebración de un contrato estatal para la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

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: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía, Número **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto es la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, 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:

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: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

INDICACION DE TRATO NACIONAL
(SOLO EN CASO DE EMPATE)

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

Referencia: Indicación de trato nacional Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso proceso de MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

En observancia a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.4.1.3 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad con el Artículo 20 de Ley 80 de 1993 y para efectos del Parágrafo del Artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el Artículo 51 del Decreto 019 de 2012; para acreditarse como productor 100% nacional se deberá diligenciar por parte del Oferente el siguiente Anexo, discriminando la información dependiendo si es un Tratado o Acuerdo Internacional o si aplica el Principio de Reciprocidad, así;

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

En caso de haberse suscrito y se encuentre vigente Acuerdo o Tratado Internacional alguno aplicable al presente proceso de contratación, indicar los siguientes datos:

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: Diligenciar identificación del acuerdo.
Objeto del Tratado: Diligenciar el objeto del tratado
Ubicación en el SECOP (Link): Diligenciar link de consulta

RECIPROCIDAD

En ausencia de Acuerdo o Tratado Internacional, pero si existe trato nacional en virtud del Principio de Reciprocidad, indicar los siguientes datos:

Fecha de la expedición de la certificación: seleccionar fecha de expedición.
Estado sobre el que se certifica: Diligenciar estado.
Ubicación en el SECOP (LINK): Diligenciar link de consulta

Nota: estos datos serán verificados por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1 por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *"Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación"* Versión M-MACPC-12 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: ___

FORMULARIO APOYO A LA INDUSTRIA
(SOLO EN CASO DE EMPATE)

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de MINIMA CUANTIA, Número **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto la **PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.** Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

1. OFRECIMIENTO DE BIENES Y/O SERVICIOS NACIONALES (PRODUCCIÓN NACIONAL, ACUERDO O TRATADO INTERNACIONAL O PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD)

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean prestados y suministrados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Producción Nacional	Cuando es prestado y/o suministrado por un oferente colombiano o residente en Colombia	SI ☐
Por Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que hacen parte de Acuerdos o Tratados Internacionales celebrados con Colombia para compras estatales aplicables a este proceso de contratación	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional
	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que aplican el Principio de Reciprocidad	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐

Nota 1: El oferente que certifique en mayor porcentaje con el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 1 y de acuerdo a las condiciones establecidas en **ESTÍMULO A LA INDUSTRIA NACIONAL (CRITERIOS DE DESEMPATE)** se beneficiará de este criterio de desempate.

Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

Nota 3: para la verificación de que trata el Numeral 1 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción.

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean ejecutados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Componente Nacional	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos	SI ☐
En el Exterior	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos extranjeras	SI ☐

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 y de acuerdo a las condiciones establecidas en **ESTÍMULO A LA INDUSTRIA NACIONAL (CRITERIOS DE DESEMPATE)** se beneficiará de este criterio de desempate.

Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.

Nota 3: para la verificación de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Bogotá, D.C., __ __ ____ de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1
Bogotá

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____, identificado con Documento No. _____ expedido en _____, quien obra en calidad de _____, que en adelante se denominará el PROPONENTE certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del proceso **PN RASES No. 1 MIC 041 2024** cuyo objeto es **LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO NIVEL I, II Y III, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD (TIPO B) SAN ANDRES ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES EN EL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA,** en las condiciones señaladas en el presente Estudio Previo.

EL PROPONENTE:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: _____
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): _____
Nombre Representante Legal: _____
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____