DEPARTAMENTO DE POLICIA SUCRE
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE

No. S – 2020 -053979 / UPRES – DESUC 17.2

Sincelejo sucre, 07 2020

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN UPRES DESUC MIC 062 2020

El Departamento de Policía Sucre – Unidad Prestadora De Salud Sucre invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de desarrollar el objeto del presente es **"LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL**.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

El presente proceso de contratación se adelantará por modalidad de SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA, según lo establecido en el las Leyes 1450 y 1474 de 2011 y Decreto 1082 de 2015.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

Objeto

LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.

Clasificación UNSPSC	Segmento	Familia	Clase	Producto
85121700	servicios de salud	Servicios integrales de salud	Centros de salud	Servicios clínicas especializadas privadas

Valor

El valor estimado es de **CUARENTA Y TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS ($ 43.145.886.00) MONEDA LEGAL CORRIENTE.**

VIGENCIA 2020: por valor de **TRECE MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS ($13.145.886.00) M/CTE.** Aprobado mediante Resolución Nro. 078 Del 02 marzo de 2020 "Por la cual se modifica la resolución nro. 001 del 02 de enero de 2020 de la Dirección de sanidad de la Policía Nacional por la cual se desagrega el detalle del anexo del decreto de liquidación del presupuesto general de la nación nro. 2411 del 30 de diciembre de 2019 para la vigencia fiscal 2020, de conformidad con la Resolución Nro.

	vigencia 2020 y hasta el 30 de junio de 2021 para la vigencia futura o hasta agotar el presupuesto, a partir de la aprobación de la garantía única o notificación de inicio, este contrato iniciaría una vez se ha ejecutado al 100% el contrato anterior.
Lugar de la prestación del servicio	Los oferentes deberán prestar los servicios ofertados en su sede principal con fácil acceso a la atención y desplazamientos de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.
Forma de pago	El pago se realizará en moneda legal colombiana, teniendo en cuenta la cantidad de facturas radicadas en la oficina de central cuentas, junto a la planilla y la certificación de pago de parafiscales, los cuales debe tener fecha igual o posterior a la de presentación de las facturas, mediante **PAGOS PARCIALES,** el pago dentro de los 60 días calendario siguientes, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC), No obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual. La presentación de la facturación se debe realizar con los debidos soportes establecido en la resolución 3047 de 2008 incluyendo los RIPS validados, o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, presentando junto con las facturas, la información estadística mensual en un archivo en Excel, impreso y en medio digital. Así mismo adjunto a la facturación mensual el contratista deberá presentar en medio digital en archivo Excel, una planilla que contenga el siguiente orden: Número de factura, Fecha de la Factura y fecha de atención, Nombre del Paciente, Número de Identificación, Edad, Procedimiento realizado. El cual debe venir en medio digital e impreso. (La presente planilla hace parte integral de la factura). Los antecedentes para los pagos corresponden a las facturas con sus soportes que serán denominados como unidades documentales, CD con los RIPS en sobre y marcados, planilla de pagos para fiscales, certificación de pagos parafiscales, listado denominado Relación de factura en Excel de usuarios atendidos, listado denominado Relación de usuarios atendidos en Excel, los cuales serán entregados en la oficina de radicación de cuentas para su trámite de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC). Se presentarán los documentos organizados cronológicamente por unidades documentales que corresponden a una factura con sus soportes que se escribirá Factura N° 000000 Servicios usuario VICTOR CORTES SAN JUAN (unidad documental corresponde a factura y sus soportes en orden: autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo -solo se recibe la ORIGINAL-. Documento de identidad -de acuerdo a la edad del usuario cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, registro civil de nacimiento- en fotocopia legible, tamaño carta. Documento que acredite la condición del usuario de fecha vigente al momento de la atención en salud carne o constancia expedida por la oficina de afiliaciones de ARSAN- en fotocopia legible, tamaño carta. Orden de prestación de servicios -orden médica- original, las unidades documentales debidamente foliadas corresponde a la numeración consecutiva en el vértice superior derecho en color lapicero negro en letra legible hasta un máximo de doscientos cincuenta folios (250)- y legajadas en tamaño oficio, con ganchos plásticos, en carpetas yute color marrón con máximo de 250 folios, hoja de control debidamente diligenciada de acuerdo al formato: 1GD-FR-0007, caja de cartón para archivar No. 12 -200 con medidas de (21 cm de ancho x 40.5 cm de largo y 26 cm de alto) dando cumplimiento a la ley general de archivo, Ley 594 DE 2000). La organización de los documentos en la carpeta yute será la siguiente: Hoja de control Factura (as) relacionadas con las unidades documentales (ya descrito antes) CD con los RIPS en sobre y marcados

f) Fotocopia legible de la historia clínica donde conste la atención en salud prestada al usuario.
g) Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos e insumos en caso que lo requiera el examen.
h) La hoja de gastos de materiales o insumos especiales y costos, en caso de requerirse para el examen, se adjuntará la factura de venta de aquellos dispositivos, materiales e insumos que se utilicen.
i) En cumplimiento a la Ley 828 de 2003 en su artículo 1° se deberá anexar certificación de cumplimiento de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, pensiones y ARP) Y Parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) al día. por lo que deberá presentar Certificado de aportes parafiscales expedido por el representante legal o Revisor Fiscal y/o planilla de pago. j) Copia del Contrato.
k) Los insumos e implementos médicos asociados a los procedimientos ofertados, no podrán ser superior al precio de compra más el 12%, se deberá adjuntar copia de la factura de compra y entregada con la facturación del procedimiento en la ventanilla única de la oficina de central cuentas y en todos los casos el valor no podrá ser superior a los precios regulados por el Gobierno Nacional para el momento de la prestación del servicio.
l) La documentación antes en mención deberá presentarse en Carpeta para archivo, juego de dos tapas, en materia yute de 900 grs, dimensiones: ancho 26 cm – 37 cm reforzada con tela coleta, plastificada en caras externas con perforaciones de 08 centímetros circulares con aleta vertical, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. La factura debe cumplir los requisitos de la Resolución 3047 de 2008.

Para la cancelación del dinero se deben facilitar los documentos requeridos por la Unidad Prestadora de Salud Sucre y este estará sujeto a los trámites administrativos y fiscales vigentes, conforme con los cupos del PAC, que autorice la Dirección del Tesoro Nacional y la Dirección General de la Policía Nacional, al derecho a turno y de acuerdo a la manera en que se sitúen los recursos correspondientes para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Si los documentos en referencia son devueltos por la oficina de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Sucre por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Sucre, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo que se indique.

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

La radicación de la facturación de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS

La entidad le entrega al supervisor del contrato las facturas antes de radicarlas, este las revisa y emite el recibido a satisfacción (RAS) y se le devuelven a la entidad para que la radique si cumple con los requisitos exigidos.

Resolución de Urgencia

6. Para controles posteriores o procedimientos adicionales distintos al (códigos únicos de procedimientos CUPS) autorizado se requerirá una nueva autorización.
7. Las autorizaciones para órganos o extremidades que son dobles, se deberá consignar por parte del profesional solicitante y del autorizador la lateralidad a autorizar (ej.: ojo derecho) y dejar claro si el procedimiento es unilateral o bilateral.
8. Para procedimientos quirúrgicos programados la orden de solicitud de autorización para el procedimiento debe ser diligenciada, firmada y sellada exclusivamente por el especialista tratante.
9. En ningún caso se podrán emitir autorizaciones con extemporaneidad ni retroactividad, no podrán tener tachones ni enmendaduras.
10. Se debe llevar una base de datos en Excel según formato (anexo en el presente instructivo) con todas las autorizaciones, discriminando si se trata de una autorización con cargo a un contrato o si se trata de resolución de urgencia médica (en caso de ser urgencia médica deberá reportarse diariamente a la oficina de referencia y contrarreferencia del nivel central y a la oficina de auditoria medica) que se expidan para efectos de control y estadística.
11. No se puede utilizar por ningún motivo el término "***atención integral, manejo integral del paciente o aquellas que se requieran***"
12. La prescripción de medicamentos por urgencias, solo se hará para atender la misma y no podrá superar los 5 días de tratamiento. Medicamentos para uso ambulatorio solo podrán ser entregados por la entidad contratista para continuar el tratamiento en la cantidad necesaria para cubrir las horas no hábiles de la farmacia dispuesta por la UPRES para tales fines.

Autorización de servicios hospitalarios:

1. Realizar verificación de derechos del usuario al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
2. El formato de la autorización debe llevar consecutivo único de autorizaciones, incluir: fecha de expedición, identificación completa del paciente, Institución que prestará el servicio con dirección y teléfono, servicio autorizado (Código único de procedimientos CUPS), identificación completa del profesional que emite la orden, nombre del Área y/o Seccional de Sanidad, NIT, dirección y teléfono. La autorización tendrá una vigencia máxima de 90 días calendario, y nombre, cargo e identificación del funcionario de la Unidad Prestadora de Salud Sucre que realiza la autorización.
3. Se debe especificar claramente en la autorización el diagnostico empleando código CIE 10 para el cual se autoriza la estancia además del servicio tratante.
4. La autorización debe contar con nota marginal en la que especifique: "toda autorización será sujeta a auditoria médica".
5. Si la Autorización va con cargo a un contrato, se debe incluir el número del mismo. En caso de no contar con respaldo presupuestal esta debe indicar que corresponde a Urgencia Médica.
6. La autorización tendrá una vigencia máxima 3 días calendario para las estancias hospitalarias al termino de los cuales la entidad prestadora debe solicitar prórroga de la misma, para esto se seguirá con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Protección social (aplica para solicitud de prórroga de la estancia y procedimientos adicionales).
7. Las autorizaciones para órganos o extremidades que son dobles, se deberá consignar por parte del profesional solicitante y del autorizador la lateralidad a autorizar (ej.: ojo derecho) y dejar claro si el procedimiento es unilateral o bilateral.

demás normas que las aclaren o modifiquen.
La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. La factura debe cumplir los requisitos de la Resolución 3047 de 2008.
Presentar original de la autorización del servicio. o Presentar el Recibido a Satisfacción del Supervisor Técnico - Económico
Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones "Consulta Médica Especializada primera vez (890202)" y "Consulta Médica Especializada control (890302)" el detalle sobre qué tipo de consulta es. (Ej.: Otorrinolaringología, Cirugía General, Dermatología, Oftalmología)
Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizará el mes siguiente.
La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.
EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

AUDITORÌA DE CUENTAS MÈDICAS

Objeciones y glosas:

Para los conceptos de facturación que no tengan objeción, se dará trámite para pago. o En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas deberán ser tramitadas por la Regional o la Unidad Prestadora de Salud Sucre y respondidas por el prestador según los términos establecidos por la Ley 1438 de 2011, Articulo 57 contados a partir de la fecha de la radicación de la Cuenta. Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

Causales de no pago:

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

futura contratación.

f. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente.
g. Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección.
h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos.
i. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas.
j. La no presentación de la oferta económica.
k. La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación.
l. En el evento de exigir oferta global, ésta se rechaza si sobrepasa el presupuesto oficial asignado al proceso; si se permite la presentación de oferta parcial por grupo, se rechaza la oferta del grupo si sobre pasa el presupuesto oficial asignado al mismo o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se acepta oferta parcial por ítem, se rechaza la oferta del ítem si sobrepasa el precio estimado asignado al mismo, en todo caso se rechazará las ofertas que superen los presupuestos asignados por ítem, independiente del tipo de oferta requerida.
m. Cuando la oferta supere el valor máximo de uno o más ítem.
n. Cuando no oferten la totalidad de los ítem requeridos.
o. En el evento en que el Área de Sanidad Sucre haya solicitado al oferente por escrito con posterioridad a la presentación de la oferta, aclaraciones o explicaciones relacionadas con información de la misma y éste no de respuesta dentro del término establecido para ello en el escrito de solicitud, o dentro del plazo señalado en el Cronograma del proceso.
p. Cuando el valor de la propuesta presentada exceda el presupuesto oficial asignado para la misma, en el caso de ofertas globales.
q. Cuando la oferta supere el valor de precio techo del ítem, dará como consecuencia el rechazo de la oferta.
r. No tener, o no acreditar la suficiente capacidad jurídica para presentar la oferta o suscribir el eventual contrato que llegare a resultar del proceso con antelación a la fecha de cierre del mismo.
s. Cuando se modifique parcial o totalmente los anexos del presente proceso de contratación.
t. Cuando la propuesta económica no sea firmada por el representante legal de la empresa quien oferta o por la persona natural o la firma sea mecánica.

CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO

LA POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA SUCRE – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva.

Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo.

La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el **Portal Único de Contratación Estatal** a través la página **www.colombiacompra.gov.co,** en los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.

1) Diligenciamiento del Anexo No. 3 "Compromiso de Buenas Normas Ambientales"
2) Diligenciamiento del Anexo No. 4 "Certificado de Origen Lícito de Recursos", el proponente deberá manifestar expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio del proponente, y de cada uno de sus integrantes, cuando sea el caso, que empleará para el desarrollo del contrato, provienen de actividades lícitas.
3) Diligenciamiento del Anexo No. 5 "Formato de Sostenibilidad de Precios".
4) Diligenciamiento del anexo N° 7 Carta de compromiso y tenencia de recurso humano
5) Diligenciamiento del Anexo No. 8 "Resumen de los Certificado de Experiencia".
6) Diligenciamiento del Anexo No. 9 "Formulario de Compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST)".
7) Diligenciamiento del Formulario No. 1 "Carta de Presentación de la Oferta" firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
8) Diligenciamiento del Formulario No. 2 "Datos Básicos Beneficiario Cuenta".
9) Diligenciamiento del Formulario No. 3 "Compromiso Anticorrupción", suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica)
10) Diligenciamiento del Formulario No. 4 y/o 4A "Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, contador o Revisor Fiscal, según corresponda. En caso de contar con contador o revisor fiscal se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional y de la cedula de ciudadanía del profesional, y en todo caso se deberá anexar la planilla pagada.
11) Diligenciamiento del Formulario No. 5 y/o 5A Certificación de no encontrarse incurso en causal de Inhabilidad e Incompatibilidad o Prohibición para contratar. (Artículo 127 de la Constitución Política de Colombia, en los Artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993, Decreto 1082 de 2015.
12) Diligenciamiento del Formulario No. 6 "Acuerdo de Confidencialidad".
13) Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matrícula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, (Con excepción a las personas que ejercen prestación de servicios inherentes a las profesiones liberales de conformidad con el Numeral 5 del Art. 23 del Código de Comercio), en el cual se verificará:

    - Objeto social para verificar que está autorizada para cumplir con el objeto del contrato
    - La calidad del representante legal
    - Las facultades del representante legal para presentar la oferta y obligar a la persona jurídica a cumplir con el objeto del contrato.

14) Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal y/o proponente para nacionales colombianos, y cédula de extranjería o el pasaporte para los extranjeros.
15) Certificado Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
16) Certificado de antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
17) Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
18) Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC)
19) Copia del (RUT) Registro Único Tributario expedido por la DIAN.
20) Certificación Bancaria vigente.

2.2. <u>DE ORDEN TECNICO</u>: (CUMPLE – NO CUMPLE)

El oferente debe presentar oferta, la cual deberá cumplir con las características y condiciones técnicas mínimas descritas para el servicio objeto del presente proceso de contratación, según lo establecido en el **Anexo No. 1** de la presente invitación pública, los cuales se comprobarán como **CUMPLE** o **NO CUMPLE.**

✓ Acreditación de experiencia: De acuerdo a lo establecido en el Numeral 1 del Artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, para el presente proceso de selección se exigirá experiencia mínima.

- ✓ Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad Instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida y firmada por el representante legal.
- ✓ Proceso de atención al usuario
- ✓ Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2018 (incluir tarifas)
- ✓ Documentos que soporten la oportunidad de la consulta especializada, Subespecializada y la capacidad operativa que tenga la entidad en los diferentes servicios ofertados.
- ✓ Anexar instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen las 24 horas que garanticen la oportunidad de respuesta inmediata con un máximo de 2 horas para respuesta.
- ✓ El proponente se servirá ofertar la oportunidad en citas, procedimientos y/o demás condiciones establecidas en el presente estudio.
- ✓ Requisitos para la atención de servicio, horarios de atención, modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial), entrega de copia de historias clínicas, entrega del formato de referencia y autorización, dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para las atenciones ambulatorias y programadas y para los casos de solicitarles interconsultas de urgencias y hospitalarias.
- ✓ El contratista deberá enviar los cinco (05) primeros días de cada mes el cumplimiento de reporte a los entes de vigilancia y control como la Superintendencia Nacional de Salud e INVIMA, Indicadores de calidad, eventos adversos, reportes de tecno vigilancia y reactivo vigilancia.

2.3. DE ORDEN ECONÓMICO: (CUMPLE – NO CUMPLE)

2.3.1. OFERTA ECONOMICA

Atendiendo lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015 Numeral 4 Procedimiento para contratación *mínima* cuantía numeral. La Entidad Estatal debe revisar las ofertas económicas y verificar que la de menor precio cumple con las condiciones de la invitación. Si esta no cumple con las condiciones de la invitación, la Entidad Estatal debe verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mejor precio, y así sucesivamente.

La oferta económica deberá ser presentada en forma digital en el portal único de contratación (SECOP II), en pesos colombianos, utilizando únicamente dos decimales, diligenciando el formato del Anexo de La Invitación Pública, el precio no será subsanable como quiera que se constituye en el único factor de evaluación (menor precio unitarios). Los precios presentados por el oferente deben cubrir todos los costos de los diferentes impuestos, descuentos, imprevistos, gastos de administración y utilidad del oferente.

En caso de existir empate en valor ofrecido incluido IVA, la adjudicación se hará a quien haya registrado primero la oferta en el portal único de contracción (SECOP II) entre los empatados, según el orden de registro de las mismas. Se podrá adjudicar el contrato cuando solo se haya presentado una oferta y esta cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, siempre que la oferta satisfaga los requerimientos contenidos en la invitación pública de acuerdo con lo establecido en el sub Numeral 8, Numeral 2.2.5.4 **"Procedimiento"** de la Resolución 00090 del 15 de enero 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".

El Departamento de Policía Sucre - Unidad Prestadora de Salud Sucre no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo, estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: www.contratos.gov.co Secop II Fecha: según cronograma Secop II Hora: según cronograma Secop II
Entrega de propuestas	Lugar: www.contratos.gov.co Secop II Fecha: según cronograma Secop II Hora: según cronograma Secop II
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	Lugar: www.contratos.gov.co Secop II Fecha: según cronograma Secop II Hora: según cronograma Secop II
Observaciones y Presentación de Documentos Habilitantes	Lugar: www.contratos.gov.co Secop II Fecha: según cronograma Secop II Hora: según cronograma Secop II
Notificación de aceptación de oferta.	Lugar: www.contratos.gov.co Secop II Fecha: según cronograma Secop II Hora: según cronograma Secop II

NOTA 1: La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

NOTA 2: Todos los plazos del proceso contractual podrán ser prorrogados antes de su vencimiento, cuando las necesidades del Departamento de Policía Sucre – Unidad Prestadora de Salud, así lo exijan. Cuando se trate del término de expedición de adendas, se observará lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, y se publicara en el portal único de contratación hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO.

El supervisor del futuro contrato será quien con posterioridad designe el Ordenador del Gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución 03256 del 16 de diciembre de 2004 de la Dirección Administrativa y Financiera de la Policía Nacional e Instructivo 016 del 24 de marzo de 2010 de la Dirección General de la Policía Nacional y los Artículos 82, 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción y Resolución 00090 del 15 de enero de 2018.

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

FIRMA DEL PROPONENTE

_____

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

REQUISITOS GENERALES

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

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

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

ITEM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: Certificado de Declaratoria de requisitos para cumplimiento del sistema único de habilitación o Acto administrativo expedido por la entidad competente que le concede la habilitación vigente por entidad de salud de su jurisdicción (VERIFICABLE CON EL DOCUMENTO COLOCAR EL NUMERO DE FOLIO DONDE SE ENCUENTRA)		
2	Descripción Técnica del Bien o Servicio: PORTAFOLIO DE SERVICIOS, que incluya tanto los servicios objeto de la contratación como otros servicios brindados por el oferente. El servicio debe contar con una capacidad instalada que le permita ofrecer el 90% del total de estudios contemplados, el Departamento de Policía Sucre-Área de Sanidad acepta que el 10% de los estudios restantes, sean ofertados mediante la red de servicios subcontratada por el proponente, En este caso deberá aportar el certificado de habilitación de la red contratada.		
3	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio.** El oferente deberá presentar certificaciones de mínimo un (01) contrato ejecutado cuyo objeto sea **la Prestación del servicio de LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV** celebrados durante el último años; dichas certificación deben ser expedidas por la entidades a la cual se les ha prestado el servicio y la suma de la misma debe ser igual o superior al 50% del presupuesto establecido para la presente contratación. La		

	Ministerio de Salud – 1997) y que los mismos se encuentren formando parte del plan de beneficios contemplado en el Acuerdo No.002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. VERIFICABLE EN LA PROPUESTA, MENCIONAR Y COLOCAR EL NUMERO DE FOLIO DONDE SE ENCUENTRA		
9	Personal (Recurso Humano) Las entidades o personas interesadas en participar en el presente proceso de contratación, debe ofertar como mínimo 01 profesional en cada una de las especialidades solicitadas. VERIFICABLE EN LA PROPUESTA, MENCIONAR Y COLOCAR EL NUMERO DE FOLIO DONDE SE ENCUENTRA, DILIGENCIAR EL ANEXO NRO. 6 FORMATO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA.		
	Descripción Técnica del Bien o Servicio: 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 VERIFICABLE EN LA PROPUESTA, MENCIONAR Y COLOCAR EL NUMERO DE FOLIO DONDE SE ENCUENTRA		
10	Descripción Técnica del Bien o Servicio: Prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicio de la oficina de referencia y contra referencia, orden del médico tratante documento de identidad que acrediten la condición del usuario (carnet o constancia expedida por talento humano vigente)		
11	De seguimiento a la ejecución; Reportar mensualmente la ejecución del contrato a la oficina de Referencia y Contra referencia del Área de Sanidad Sucre, cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 70% se continuara reportando semanalmente, al supervisor del contrato. Diligenciando el siguiente formato: **Contratista**: Nombre o Razón Social **NC del Contrato**: Numero Asignado por Contratación **Valor del Contrato**: Valor Asignado incluye adiciones **Fecha del reporte**: Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa) **Valor ejecutado**: Valor de las facturas de cada mes que ya se han radicado con la fecha del corte **Valor Programado**: Valor de remisiones que han recibido pero no se han atendido a la fecha del corte **Saldo**: Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado) VERIFICABLE EN LA PROPUESTA, MENCIONAR Y COLOCAR EL NUMERO DE FOLIO DONDE SE ENCUENTRA		

	parte de la oficina de referencia y contrareferencia de la unidad prestadora de servicio salud, sin que se convierta en un obstáculo para la atención cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente.		
22	El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios se base en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CCSSMP de 2001) y el Manual único de Medicamentos y terapéutica SSPN (Acuerdo 042 y 046 CCSSMP y demás normas que lo complementen o modifiquen) que se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co.		
23	Se debe adjuntar la hoja de gastos de administración de medicamentos, materiales o insumos especiales y costos, en caso de requerirse para el examen o procedimiento, y se adjuntará a la factura de venta de aquellos dispositivos, materiales e insumos que se utilicen.		
24	Diligenciar la documentación requerida por la Institución como son: Historia Clínica, Registros Administrativos, Formulación, incapacidades, hojas de remisión. Todos estos con la codificación definida por la Dirección de Sanidad Policial, especialmente en lo relacionado a codificación CUPS y CIE10.		
25	Adjuntar a la propuesta el listado de medicamentos e insumos asociados a los procedimientos ofertados, con su respectivo precio.		
26	Los servicios médicos especializados en psiquiatría deben ser prestados por los proponentes ganadores en forma directa o por intermediación de otras instituciones, con las cuales la Policía Nacional no establece relación contractual alguna.		
27	Las actividades inherentes al servicio las desarrollará en las instalaciones del oferente, utilizando los equipos y personal que se requiera. El personal que utilice para la realización de las actividades no tiene ni tendrá ninguna relación laboral con la Policía Nacional la cual no pagará honorarios diferentes a los establecidos para la realización del objeto contractual.		
28	El prestador se compromete a realizar los procedimientos y en general los servicios contratados observado la totalidad de leyes y normas que regulen los servicios de salud en el Territorio Nacional.		
29	Si algún usuario de la Policía Nacional llegase directamente a solicitar un Servicio sin previa autorización debe notificar al área de Sanidad sucre de inmediato.		
30	Reportar mensualmente el número de procedimientos realizados, en medio magnético a la Central de Referencia de la unidad prestadora de servicio salud sucre desuc.grusa-refe@policia.gov.co, con datos de documentos de identidad, tipo de servicio y cantidad.		
31	En todos los casos una vez atendido el usuario mensual se enviará una contra referencia a la jefatura de la unidad prestadora de servicio salud sucre, que incluya (los datos de los resultados de los exámenes realizados los usuarios) fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores en archivo Excel impreso bajo medidas de seguridad de		

	documentos de identidad o carné de servicios y se hará responsable de la realización de las mismas para soportes de la facturación, de acuerdo a la normatividad vigente.		
41	*En el caso de los servicios laboratorio clínico especializado, serán sujetos al procedimiento de Auditoria médica por parte del auditor medico ya sea del Área de sanidad Sucre, de la regional 8 o la DISAN en caso de no contar con el personal de esta unidad.		
42	*El contratista se compromete a dar aplicación al Decreto 2200 de junio 28 de 2005, por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones, para lo cual las formulas tendrán lo escrito en el Artículo 17. Contenido de la prescripción. La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los datos que aplican en el decreto y demás disposiciones.		
43	*El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios se regirá por Directiva administrativa permanente N° 007/2009 "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio", donde se establece el criterio para la expedición de excusas del servicio total o parcial.		
44	*El contratista se compromete a aplicar las directrices establecidas en el aplicativo de referencia autorizaciones de servicio, la autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo y que será impresa en la entidad, la cual deberá revisar el aplicativo de manera diaria para ver la demanda del servicio y esta autorización hará parte de los documentos de la factura, solo se recibe la ORIGINAL, el sistema permite imprimir doble las autorizaciones pero no pueden ser utilizadas para las facturas por cuanto sale unas letras donde esto se informa que no es válida "ESTA ES LA COPIA NUMERO 2 DE ESTA AUTORIZACION", la autorización original tiene sesenta (60) días de validez, sin que esto se considere como tiempo límite para asignar el servicio, es para control de las mismas, sino se atiende en este periodo se considerara no atención de demanda del servicio).		
45	*El aplicativo de referencia permite enviar diariamente las solicitudes de medicina especializada de psiquiatría y realización de procedimientos que requieran orden adicional en las primeras 24 horas después de solicitarlos. En ningún momento esta responsabilidad se delegará al usuario, sino que la institución deberá garantizar el envío de estos documentos así como la recepción de las órdenes de servicios.		
46	*Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por Autorizaciones debidamente diligenciada, impresa por la entidad contratante, solo se aceptara la original, no se aceptara copia que se imprime con un escrito de fondo que dice "ESTA ES LA COPIA NUMERO 2 DE ESTA AUTORIZACION" orden del médico tratante, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación debidamente actualizados, y vigente a la fecha de prestación de servicio caso contrario se glosará la cuenta.		

	de salud objeto del presente proceso.		
59	SISTEMA DE REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA: *En todo caso la IPS debe Verificar los derechos del usuario al Subsistema de Salud de la Policía Nacional. *Para todos los servicios es obligatorio verificar FOSYGA y proceder conforme las normas legales vigente *Hacer uso del APLICATIVO DE REFERENCIA _en el aplicativo gestión de la información (GEINF) Y SE ACEPTARAN LOS CAMBIOS QUE DENTRO DEL APLICATIVO SE EFECTUEN.		
60	Tener la capacidad técnica, logística y recurso humano para tomar, procesar y emitir resultados de los exámenes contemplados en el Capítulo 17 del Acuerdo 002 de 27 de Abril de 2001.		
61	El oferente se compromete a prestar servicios de exámenes de Laboratorio Clínico Especializado de Nivel II, III y IV a los usuarios del subsistema de salud del Departamento de Policía Sucre, los cuales no son factibles de realizar en Sanidad DESUC por el grado de complejidad y especialización.		
62	Para la prestación del servicio se requiere que el proponente ofrezca la totalidad del listado de exámenes relacionados en el listado de exámenes de Laboratorio Clínico CUPS ACUERDO 002/2001		
63	El oferente deberá presentar en su oferta certificación del programa de control de calidad externo e interno realizados en las áreas de QUIMICA HEMATOLOGIA, MICROBIOLOGIA e INMUNOLOGIA. Las certificaciones deben estar firmadas por el representante legal o persona autorizada de la firma que efectuó el control.		
64	**INSTALACIONES** El oferente deberá contar con una sede debidamente habilitada por la Autoridad Competente, sala de espera amplia, recepción, área de toma de muestras independientes según tipo de examen (adultos, pediátricos, muestras ginecológicas y bacteriológicas). Área de procesamiento (independiente a la de toma de muestra):		
65	*Sección de hematología la cual debe contar con tecnología mínima que reporte cuadros hemáticos a partir de tercera generación.		
66	*Sección de bioquímica, la cual debe tener equipos automatizados		
67	*Sección de inmunología, la cual procese pruebas de bajo, mediano y alto grado de complejidad (esta sección puede estar unida a la sección de hematología, bioquímica o hormonas). En dicha sección las pruebas hormonales deben ser procesadas con equipo automatizado.		
68	* Sección de microbiología.		
69	* Área de esterilización y lavado de material (Independiente del área de procesamiento).		
70	* Para verificar las instalaciones y equipos requeridos se llevará a cabo una visita de campo a los proponentes designados para la Evaluación técnica		
71	**RECURSO HUMANO** 1 Coordinador de laboratorio, el cual debe ser bacteriólogo, o médico patólogo o microbiólogo. 1 o 2 Bacterióloga por área de procesamiento		

	Comité de transfusión sanguínea: decreto 1571/93 Comité de historias clínicas: resolución 1995/99 Comité de urgencias: decreto 412/92 Comité de seguridad del paciente: resolucion123/2012 Comité parietaria de salud ocupacional: resolución 2013 de 1986 Estos deben tener definida su periodicidad, participantes, fechas lugar, convocados, los apliquen según la prestación del servicio ect ..... Este requisito será además verificado mediante visita técnica (evaluación atributos de calidad de la institución).		

OFERTA TECNICA DE SERVICIOS

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	OFRECE	
			SI	**NO**
1	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)		
2	901002	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMÁTICO		
3	901003	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO MANUAL		
4	901007	Mycobacterium, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD+		
5	908404	CARIOTIPO BANDEO G		
6	908407	CARIOTIPO BANDEO RT		
7	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA *		
8	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA *+ Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium		
9	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA+		
10	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *+ Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL		
11	901110	COLORACION TRICRÓMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia		
12	901201	Actinomyces, CULTIVO HONGOS		
13	901202	Bordetella pertusis, CULTIVO		
14	901203	Brucella, CULTIVO *		
15	901204	Clostridium botulinum, CULTIVO		
16	901206	COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GÉNERO Y/O ESPECIE		
17	901207	Corynebacterium difteriae, CULTIVO		
18	901208	Cryptococcus neoformans, CULTIVO		
19	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS, L.C.R, PERITONEAL, PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, OTROS DIFERENTE A ORINA. Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO Y/O ESPECIE		
20	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)		

		URETRAL O RECTAL		
49	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+		
50	901311	Leptospira, SEROTIPIFICACIÓN+		
51	901312	Listeria, SEROTIPIFICACIÓN *+		
52	901313	Mycobacterium, IDENTIFICACION		
53	901314	Mycobacterium, IDENTIFICACION POR PCR+		
54	901317	Neisseria meningitidis, SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX *+		
55	901319	Trichomona, CULTIVO§		
56	901320	Staphilococcus aureus, SEROTIPIFICACIÓN+		
57	901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A [PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA]+		
58	901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN *+		
59	901402	INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA BACTERIAS, HONGOS, PARASITOS O VIRUS		
60	901403	PRUEBA DE MACHADO GUERREIRO [Tripanosoma cruzi] * +		
61	901404	PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA] +		
62	901406	PRUEBA DE MONTENEGRO [Leishmania] *+		
63	902002	AGREGACION PLAQUETARIA, CADA AGENTE		
64	902003	AGREGACION PLAQUETARIA, CURVA		
65	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO]		
66	902005	ANTICOAGULANTE LÚPICO, PRUEBA CONFIRMATORIA CON VENENO DE VIBORA DE RUSSEL		
67	902006	ANTITROMBINA III POR COAGULACION		
68	902007	ANTITROMBINA III POR CROMÓGENOS		
69	902008	ANTITROMBINA III POR IDR TQC		
70	902009	ANTITROMBINA III POR NEFELOMETRIA		
71	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]		
72	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION, CUANTIFICACION [PROTROMBINA]		
73	902016	FACTOR V DE LA COAGUALCION [LABIL O PROACELERINA]		
74	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]		
75	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION		
76	902019	FACTOR VON WILLEBRAND		
77	902020	FACTOR X [STUART POWER]		
78	902021	FACTOR XI [PTA]		
79	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN, DE CONTACTO]		

112	902203	COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUANTITATIVA		
113	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR – VSG]		
114	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR – VSG] AUTOMATIZADA §		
115	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA +		
116	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL +		
117	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO +		
118	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO +		
119	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO+		
120	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh +		
121	902213	HEMOGLOBINA +		
122	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *+		
123	902215	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA *+		
124	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL] +		
125	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR] +		
126	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA +		
127	902219	RECUENTO DE EOSINOFILO EN MOCO NASAL POR COLORACIÓN DE HAN+		
128	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO +		
129	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL +		
130	902222	RECUENTO DE RETICULOCITOS, CONTADOR DE CELULAS +		
131	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL +		
132	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO +		

163	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO +		
164	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS +		
165	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR FLUOROMETRIA +		
166	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO +		
167	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 H +		
168	903301	GALACTOSA		
169	903402	ALDOLASA		
170	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA POR IDR		
171	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA POR NEFELOMETRIA		
172	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE		
173	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 POR NEFELOMETRIA		
174	903412	APOLIPOPROTEINAS B POR NEFELOMETRIA		
175	903416	CERULOPLASMINA POR IDR		
176	903417	CERULOPLASMINA POR NEFELOMETRIA		
177	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [VERDADERA O ACETILCOLI-NESTERASA] *		
178	903420	COLINESTERASA SERICA [SEUDOCOLINESTERASA]		
179	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H		
180	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H POR CROMATOGRAFIA		
181	903423	D- XILOSA, PRUEBA DE ABSORCION		
182	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA [HBDH]		
183	903425	FRUCTOSAMINA		
184	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES		
185	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFÍA DE COLUMNA		
186	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA		
187	903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA [ICDH]		
188	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA [LAP]		
189	903431	LIPOPROTEÍNA A [LpA] §		
190	903501	LIQUIDO AMNIÓTICO, CURVA ESPECTRAL O DE LILEY		
191	903502	LIQUIDO AMNIOTICO, INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR [LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBÚMINA, FOSFATIDIL GLICEROL, RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTOFOTMETRIA 650 nm]		

224	903820	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR MÉTODO INMUNOLOGICO		
225	903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK		
226	903822	CREATINA		
227	903823	CREATININA DEPURACION		
228	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 H		
229	903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
230	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO [ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO] POR SEPARADO-OMITIR CODIGO		
231	903827	CUERPOS CETONICOS O CETÓNAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO [ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO] POR SEPARADO-OMITIR CODIGO		
232	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]		
233	903829	DESHIDROGENASA LACTICA, ISOENZIMAS		
234	903830	FOSFATASA ACIDA		
235	903832	FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATICA POR EIA/RIA		
236	903833	FOSFATASA ALCALINA		
237	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO		
238	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]		
239	903836	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H		
240	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]		
241	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		
242	903840	GLUCOSA EN ORINA		
243	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
244	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA		
245	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
246	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA + Incluye: CARGA DE GLUCOSA		
247	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN +		
248	903846	HIERRO TOTAL+		
249	903847	LIPASA+		
250	903848	LIQUIDO AMNIÓTICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS, TEST DE CLEMENS Y CREATININA] +		
251	903849	LIQUIDO ASCITICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO] +		

280	904109	PROLACTINA [MEZCLA DE TRES MUESTRAS]		
281	904201	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST ESTIMULACION +(INCLUYE 2 MUESTRAS PRE Y UNA POST)		
282	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST EJERCICIO +		
283	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN +		
284	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION + POST ACTH 150 UG ACTH IM		
285	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA +		
286	904303	CORTISOL Y GLUCOSA, PRE Y POST INSULINA +		
287	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA+		
288	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA, PRE Y POST ACTH+ POST ACTH 150 UG ACTH IM		
289	904501	ANDROSTENEDIONA		
290	904502	ANDROSTERONA EN ORINA		
291	904503	ESTRADIOL		
292	904504	ESTRIOL +		
293	904506	ESTROGENOS [ESTRADIOL 17 BETA] +		
294	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO +		
295	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA +		
296	904510	PROGESTERONA +		
297	904601	TESTOSTERONA LIBRE		
298	904602	TESTOSTERONA TOTAL		
299	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA +		
300	904704	INSULINA CADA MUESTRA		
301	904705	INSULINA LIBRE		
302	904710	PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMOTOMEDINA C		
303	904801	ALDOSTERONA		
304	904802	ALDOSTERONA EN ORINA		
305	904804	CETOESTEROIDES 17		
306	904805	CORTISOL		
307	904806	CORTISOL [DOS MUESTRAS –AM/PM-]		
308	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H		
309	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA		
310	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES, 17 [17 OHCS]		
311	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]		

		CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA		
339	905306	BENZODIACEPINAS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA DELGADA E INMUNOENSAYO + Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUO-RAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN		
340	905307	CLORPROMAZINA +		
341	905308	FENCICLIDINA +		
342	905310	FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, SEMICUAN-TITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA +		
343	905312	LITIO POR FOTOMETRIA DE LLAMA +		
344	905403	AMIKACINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO		
345	905405	GENTAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO		
346	905406	KANAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA		
347	905407	NETILMICINA		
348	905408	PROCAINAMIDA POR INMUNOENSAYO		
349	905410	VANCOMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA		
350	905502	CICLOSPORINA A Y METABOLITOS		
351	905602	DIGITOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFÍA DE CAPA FINA		
352	905605	DIGOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFÍA DE CAPA FINA		
353	905607	TEOFILINA POR EIA		
354	905702	ACETAMINOFEN, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO		
355	905704	ALCALOIDES, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFÍA DE CAPA FINA		
356	905706	ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR INMUNOENSAYO		
357	905707	ALCOHOL METILICO – FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR COLORIMETRIA		
358	905709	ARSENICO EN ORINA O SANGRE POR ABSORCION ATOMICA		
359	905711	ATROPÍNICOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA Incluye: ESCOPOLAMINA		
360	905713	BIPIRIDILO, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA + Incluye: PARAQUAT U OTROS		
361	905715	CAFEINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO Y CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA+		
362	905717	CANNABINOIDES, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO + Incluye: MARIHUANA		
363	905721	CIANUROS, SEMICUANTITATIVO POR COLORIMETRIA §		

389	906018	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig A +		
390	906019	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig G +		
391	906020B	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig M +		
392	906021	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS TOTALES +		
393	906028	Legionella pneumoniae, ANTICUERPOS POR IFI §		
394	906032	Mycobacterium tuberculosis, ANTICUERPOS POR EIA +		
395	906035	Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS Ig M +		
396	906036	Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS TOTALES +		
397	906039	Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TRE-PONEMICA) +		
398	906101	Actynomices, ANTICUERPOS +		
399	906102	Aspergillus, ANTICUERPOS POR LÁTEX +		
400	906103	Blastomyces, ANTICUERPOS +		
401	906107	Cisticerco, ANTICUERPOS Ig G POR EIA *+		
402	906109	Cisticerco, ANTICUERPOS TOTALES +		
403	906111	Coccidioides, ANTICUERPOS +		
404	906113	Entamoeba histolítica, ANTICUERPOS POR EIA +		
405	906118	Histoplasma capsulatum, ANTICUERPOS POR EIA +		
406	906119	HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, FIJACION DE COMPLEMENTO + Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS		
407	904134	TEST DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSIS		
408	906126	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig A		
409	906127	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA +		
410	906128	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI +		
411	906129	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA +		
412	906131	Tripanosoma cruzy [CHAGAS] ANTICUERPOS POR EIA * & + CHAGATEST B608		
413	906205	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA +		
414	906206	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA +		
415	906208	DENGUE IGM		
416	906210	Enterovirus, ANTICUERPOS +		

447	906306	Bordetella pertusis, ANTÍGENO *+		
448	906307	Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR EIA +		
449	906308	Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR IFD +		
450	906314	Cryptococcus neoformans, ANTÍGENO +		
451	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & * +		
452	906318	Hepatitis B, ANTIGENO e [Ag HBe] +		
453	906319	Hepatitis delta, ANTIGENO [Ag HVD] +		
454	906322	Legionella, ANTIGENO +		
455	906323	Neisseria gonorrhoeae, ANTIGENO +		
456	906326	Rotavirus, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR EIA +		
457	906327	Rotavirus, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR LATEX +		
458	906329	Virus sicitial respiratorio, ANTÍGENO +		
459	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm + ANAS		
460	906408	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig G POR EIA +		
461	906409	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig M POR EIA +		
462	906413	CENTRÓMERO, ANTICUERPOS POR IFI +		
463	906466	CITRULINA		
464	906417	DNA n, ANTICUERPOS POR EIA +		
465	906418	DNA n, ANTICUERPOS POR IFI +		
466	906420	ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR EIA +		
467	906422	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS Ig G POR EIA + Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL		
468	906423	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS Ig M POR EIA § Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL (ANTIFOSFOLIPIDOS)		
469	906427	ISOAGLUTININAS +		
470	906428	ISOLEUCOAGLUTININAS +		
471	906429	Jo1, ANTICUERPOS POR EIA + ANTIJO1		
472	906430	La/SSB, ANTICUERPOS POR EIA + ANTILA CORRESPONDE AL ENAS		
473	906432	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR EIA +		
474	906433	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR IFI +		

501	906602	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] SÉRICA		
502	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA] +		
503	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] +		
504	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] +		
505	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] +		
506	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA] +		
507	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACCIÓN LIBRE +		
508	906612	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, VELOCIDAD DE CAMBIO, 2 MUESTRAS +		
509	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR [TPA-TPS] POR EIA +		
510	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA +		
511	906621	CALCITONINA +		
512	906624	GASTRINA +		
513	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] +		
514	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS		
515	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS, GRANULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO		
516	906704	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS, GRANULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO		
517	906706	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR CITOMETRIA DE FLUJO		
518	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA		
519	906711	LINFOCITOS B, CUANTIFICACIÓN [TOTALES CD19 Y MADUROS CD20] POR CITOMETRÍA DE FLUJO +		
520	906712	LINFOCITOS T CD3 POR CITOMETRÍA DE FLUJO +		
521	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUN OFLUORESCENCIA +		
522	906714	LINFOCITOS T CD4 POR CITOMETRÍA DE FLUJO +		
523	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA +		
524	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR CITOMETRÍA DE FLUJO +		
525	906720	LINFOCITOS T CD8 POR CITOMETRÍA DE FLUJO +		
526	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA +		

552	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR EIA +		
553	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR RIA +< o:p>		
554	906840	VIH, CARGA VIRAL CUALQUIER TÉCNICA +		
555	906901	AGLUTININAS AL FRIO		
556	906903	ANTICUERPOS HETERÓFILOS [ESPECÍFICOS Y TOTALES] +		
557	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] +		
558	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR IDR +		
559	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA +		
560	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR IDR +		
561	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA +		
562	906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA +		
563	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX +		
564	906913	PROTEÍNA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISIÓN +		
565	906914	PROTEÍNA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA +		
566	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & * +		
567	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES +		
568	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN +		
569	907004	COPROSCÓPICO + Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS		
570	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS] +		
571	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III] +		
572	907007	OXIUROS, IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM] +		
573	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] +		
574	907010	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUALITATIVO +		
575	907011	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUANTITATIVO +		
576	907103	PROTEÍNA BENCE JONES POR CALOR +		
577	907104	RECUENTO DE ADDIS +		
578	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA + PDO		

ANEXO No. 2

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

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en el Capítulo 2, Sección 3, Subsección 1, Artículo 2.2.1.2.3.1.1., del Decreto 1082 de 2015.

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (60) DIAS MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 10% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE LOS ESTUDIOS.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO UN (01) AÑOS MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTORÍA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 1 AÑOS MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL PRODUCTO ENTREGADO.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y UN (03) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL POR LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE SERVICIOS DE SALUD	DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 06 MESES MAS.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO DIECISÉIS (16) DE DECRETO 4828 DE 241208.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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 (0.2%) del valor del contrato	Contratista	La multa se aplicara por cada día de retardo y hasta por diez (10) días	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
Multa	Riesgo Jurídico	Incumplimiento parcial	Multas cuyo valor se liquidará con base en un cero punto cinco (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. está 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.
Clausula Penal Pecuniaria	Riesgo Jurídico	Incumplimiento total declaratoria de caducidad	Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato	Contratista	El veinte por ciento (20%) del valor total del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista, se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad

ANEXO No. 3

COMPROMISO DE BUENAS NORMAS AMBIENTALES

Sincelejo, Sucre _____ de_____ de 2020.

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE
Calle 26 No.16A - 24 Sabanas de Nariño
Sincelejo -

Ref: Proceso de Mínima Cuantía No. _____, que tiene por objeto **"LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL."**
"

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

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

De igual manera me comprometo a:

- ✓ La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- ✓ Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
- ✓ Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- ✓ El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- ✓ Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.

Nombres y apellidos: _____
Cargo empresa: _____
C.C de Ciudadanía: _____
Expedida en: _____ Dirección y teléfono: _____

ANEXO No. 5

FORMATO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Sincelejo, Sucre _____ de_____ de 2020.

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE
Calle 26 No.16A - 24 Sabanas de Nariño
Sincelejo -

Ref: Proceso de Mínima Cuantía No. _____, que tiene por objeto **""LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL."**

La firma _____ se compromete a sostener los precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso _____, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto **"LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL."**

ANEXO No. 7

CARTA DE COMPROMISO DE TENENCIA DEL RECURSO HUMANO

Sincelejo, Sucre _____ de_____ de 2020.

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE
Calle 26 No.16A - 24 Sabanas de Nariño
Sincelejo-

Ref: Proceso de Mínima Cuantía No. _____, que tiene por objeto **"LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL."**

Yo, _____ en calidad de Representante Legal de la firma _____ certifico bajo la gravedad de juramento que cuento con el Recurso Humano solicitado, que cumple con la formación académica y experiencia requerida estipulados en el Anexo No. 2 Especificaciones Técnicas y/o Condiciones del Servicio.

La Unidad Prestadora de Salud Sucre se reserva el derecho de verificar la información que se encuentra respaldada con la presente carta de compromiso.

El adjudicatario deberá anexar las hojas de vida del Recurso Humano Ofrecido con sus respectivas Certificaciones de experiencia.

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

ANEXO. No. 9

Formulario de compromiso con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Referencia: compromiso con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para el proceso cuyo objeto es "XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX".

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

Certificó que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo conforme a lo establecido en el titulo 4, capítulo 6 del Decreto 1072 del 2015 " por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo y la Resolución Número 0312 de 2019 "por la cual se definen los estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo" así mismo, que cuenta con el reglamento de higiene y seguridad industrial de acuerdo al código sustantivo del trabajo.

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada

NOMBRE DEL OFERENTE _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE _____

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT _____

DIRECCION Y TELEFONO _____

ANEXO No. 11

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
4. El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículos 1 y 7 del Decreto 1828 de 2013 " En el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. En el evento previsto en el inciso anterior, quien efectúe el pago o abono en cuenta deberá practicar al consorcio o unión temporal la respectiva retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, y corresponderá a cada uno de sus miembros asumir la retención en la fuente a prorrata de su participación en el ingreso facturado."
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar tales como publicación en el Diario Único de Contratación Pública, si lo requiere.
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección Administrativa y Financiera de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
9. Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.
10. 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.
11. El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste servicios conozca y aplique los lineamientos establecidos en el instructivo N. 009 DISAN-AGESA del 06 de marzo de 2014 "Modelo de atención en salud familiar con enfoque en riesgo de la Policía Nacional
12. El contratista deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un cincuenta (50) y en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.
13. El CONTRATISTA debe dar solución a las inconformidades que se presenten a los Usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en cuanto a la adaptación de su fórmula optométrica, tomando las medidas necesarias para que esta inconformidad se solucione satisfactoriamente.

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Sincelejo, Sucre _____ de_____ de 2020.

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE
Carrera 19 N25-116 Centro
Sincelejo.

Referencia: Proceso de Mínima Cuantía **No.** _____, que tiene por objeto **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL**

.

Yo (Nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía No**. PN UPRES DESUC MIC ____ 2020, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL,** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de 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. 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

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____

Dirección _____ Teléfono _____Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (____)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

_____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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

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

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

EL PROPONENTE:

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

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

FORMULARIO No. 4 A

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA NATURAL

Sincelejo, Sucre _____ de_____ de 2020.

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE
Carrera 19 N25-116 Centro
Sincelejo.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía PN UPRES DESUC MIC _____ 2020 cuyo objeto es la prestación del **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL"**.

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Salud, Pensiones y Atención a Riesgos Profesionales ARP, me encuentro al día con los aportes de ley según planilla de pago No._____ que se efectuó por medio de la entidad _____, en caso de ser adjudicatario con la **POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA SUCRE - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE** me obligo hacer los aportes de ley a dichos Sistemas durante la vigencia del contrato cuyo Objeto es: _____ _____ lo anterior en cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Firma_____
Nombre: _____
C.C. N°:_____

FORMULARIO No. 5 A

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA NATURAL

Sincelejo, Sucre _____ de_____ de 2020.

Señores
POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD
Carrera 19 N25-116 Centro
Sincelejo.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía PN UPRES DESUC MIC ____ 2020 cuyo objeto es **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO DE NIVEL II, III Y IV CONTEMPLADOS DENTRO DE LOS CUPS DEL ACUERDO 002 DE ABRIL/2001, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (**POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA SUCRE - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE**). En especial, que no aparezco reportado en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el Numeral 4 del Artículo 38 de la Ley 734 de 2002.

Atentamente,

Firma_____
Nombre: _____
C.C. N°:_____

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 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE.**

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 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE**

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.

_____
Representante Legal

CC Nro. _____ Exp: en _____

		CUALQUIER MUESTRA *+ Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL				
11	901110	COLORACION TRICRÓMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia				
12	901201	Actinomyces, CULTIVO HONGOS				
13	901202	Bordetella pertusis, CULTIVO				
14	901203	Brucella, CULTIVO *				
15	901204	Clostridium botulinum, CULTIVO				
16	901206	COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GÉNERO Y/O ESPECIE				
17	901207	Corynebacterium difteriae, CULTIVO				
18	901208	Cryptococcus neoformans, CULTIVO				
19	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS, L.C.R, PERITONEAL, PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, OTROS DIFERENTE A ORINA. Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO Y/O ESPECIE				
20	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)				
21	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA				
22	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL				
23	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)				
24	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)				
25	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)				
26	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES * Incluye: IDENTIFICACIÓN GÉNERO Y/O ESPEC IE				
27	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA				
28	902106	ERITROPOYETINA				
29	602000	FACTOR V DE LEYDEN				
30	901220	Helicobacter pylori, CULTIVO				
31	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO *				
32	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO MANUAL *				
33	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO				
34	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO MANUAL				
35	903022	HOMOCISTEINA				

65	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO]				
66	902005	ANTICOAGULANTE LÚPICO, PRUEBA CONFIRMATORIA CON VENENO DE VIBORA DE RUSSEL				
67	902006	ANTITROMBINA III POR COAGULACION				
68	902007	ANTITROMBINA III POR CROMÓGENOS				
69	902008	ANTITROMBINA III POR IDR TQC				
70	902009	ANTITROMBINA III POR NEFELOMETRIA				
71	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]				
72	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION, CUANTIFICACION [PROTROMBINA]				
73	902016	FACTOR V DE LA COAGUALCION [LABIL O PROACELERINA]				
74	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]				
75	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION				
76	902019	FACTOR VON WILLEBRAND				
77	902020	FACTOR X [STUART POWER]				
78	902021	FACTOR XI [PTA]				
79	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN, DE CONTACTO]				
80	902023	FACTOR XIII [FSF, FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]				
81	902024	FIBRINOGENO, COAGULACION				
82	902025	HEPARINA, DOSIFICACION POR COAGULACION				
83	902026	HEPARINA, DOSIFICACION POR CROMOGENOS				
84	902029	PLASMINOGENO				
85	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOÓGENO [PDF] +				
86	902034	PROTEINA S DE LA COAGULACION				
87	902036	PROTEINA C DE LA COAGULACION				
88	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADO				
89	902041	RETRACCION DE COAGULO				
90	902043	TIEMPO DE COAGULACION				
91	902044	TIEMPO DE LISIS DE LA EUGLOBULINA				
92	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]				
93	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]				
94	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO < o:p>				
95	902048	TIEMPO DE TROMBINA				

		PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO+				
120	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh +				
121	902213	HEMOGLOBINA +				
122	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *+				
123	902215	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA *+				
124	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL] +				
125	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR] +				
126	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA +				
127	902219	RECUENTO DE EOSINOFILO EN MOCO NASAL POR COLORACIÓN DE HAN+				
128	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO +				
129	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL +				
130	902222	RECUENTO DE RETICULOCITOS, CONTADOR DE CELULAS +				
131	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL +				
132	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO +				
133	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA				
134	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LIQUIDO AMNIÓTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (413101)				
135	903004	CALCULO BILIAR, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO +				
136	903005	CALCULO RENAL, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO +				
137	903006	CAROTENOS+				
138	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN ORINA DE 24 H +				
139	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN PLASMA +				
140	903013	ESPERMOGRAMA CON BIOQUÍMICA + Incluye: ACIDO CITRICO, ACIDO ASCORBICO, FRUCTOSA, GLICEROL FOSFORIL COLINA				

173	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 POR NEFELOMETRIA				
174	903412	APOLIPOPROTEINAS B POR NEFELOMETRIA				
175	903416	CERULOPLASMINA POR IDR				
176	903417	CERULOPLASMINA POR NEFELOMETRIA				
177	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [VERDADERA O ACETILCOLI-NESTERASA] *				
178	903420	COLINESTERASA SERICA [SEUDOCOLINESTERASA]				
179	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H				
180	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H POR CROMATOGRAFIA				
181	903423	D- XILOSA, PRUEBA DE ABSORCION				
182	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA [HBDH]				
183	903425	FRUCTOSAMINA				
184	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES				
185	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFÍA DE COLUMNA				
186	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA				
187	903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA [ICDH]				
188	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA [LAP]				
189	903431	LIPOPROTEÍNA A [LpA] §				
190	903501	LIQUIDO AMNIÓTICO, CURVA ESPECTRAL O DE LILEY				
191	903502	LIQUIDO AMNIOTICO, INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR [LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBÚMINA, FOSFATIDIL GLICEROL, RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTOFOTMETRIA 650 nm]				
192	903503	LIQUIDO PERICARDICO [EXAMEN FÍSICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS]				
193	903504	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]+				
194	903602	AMONIO				
195	903603	CALCIO ABSORCION ATOMICA				
196	903604	CALCIO IONICO				
197	903605	IONOGRAMA [CLORO, SODIO, POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]+				
198	903606	IONTOFORESIS [CLORO]				
199	903608	ZINC				

		[ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO] POR SEPARADO-OMITIR CODIGO				
232	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]				
233	903829	DESHIDROGENASA LACTICA, ISOENZIMAS				
234	903830	FOSFATASA ACIDA				
235	903832	FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATICA POR EIA/RIA				
236	903833	FOSFATASA ALCALINA				
237	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO				
238	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]				
239	903836	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H				
240	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]				
241	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)				
242	903840	GLUCOSA EN ORINA				
243	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				
244	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA				
245	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL				
246	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA + Incluye: CARGA DE GLUCOSA				
247	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN +				
248	903846	HIERRO TOTAL+				
249	903847	LIPASA+				
250	903848	LIQUIDO AMNIÓTICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS, TEST DE CLEMENS Y CREATININA] +				
251	903849	LIQUIDO ASCITICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO] +				
252	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [LCR, EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA, PROTEINAS, MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS] +				
253	903851	LIQUIDO PERITONEAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS, RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS Y AMILASA] +				
254	903852	LIQUIDO PLEURAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA Y LDH] +				
255	903853	LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FÍSICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS, GLUCOSA,				

284	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION + POST ACTH 150 UG ACTH IM				
285	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA +				
286	904303	CORTISOL Y GLUCOSA, PRE Y POST INSULINA +				
287	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA+				
288	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA, PRE Y POST ACTH+ POST ACTH 150 UG ACTH IM				
289	904501	ANDROSTENEDIONA				
290	904502	ANDROSTERONA EN ORINA				
291	904503	ESTRADIOL				
292	904504	ESTRIOL +				
293	904506	ESTROGENOS [ESTRADIOL 17 BETA] +				
294	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO +				
295	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA +				
296	904510	PROGESTERONA +				
297	904601	TESTOSTERONA LIBRE				
298	904602	TESTOSTERONA TOTAL				
299	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA +				
300	904704	INSULINA CADA MUESTRA				
301	904705	INSULINA LIBRE				
302	904710	PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMOTOMEDINA C				
303	904801	ALDOSTERONA				
304	904802	ALDOSTERONA EN ORINA				
305	904804	CETOESTEROIDES 17				
306	904805	CORTISOL				
307	904806	CORTISOL [DOS MUESTRAS –AM/PM-]				
308	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H				
309	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA				
310	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES, 17 [17 OHCS]				
311	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]				
312	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL				
313	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE				
314	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN + Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO				

339	905306	BENZODIACEPINAS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA DELGADA E INMUNOENSAYO + Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUO-RAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN				
340	905307	CLORPROMAZINA +				
341	905308	FENCICLIDINA +				
342	905310	FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, SEMICUAN-TITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA +				
343	905312	LITIO POR FOTOMETRIA DE LLAMA +				
344	905403	AMIKACINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO				
345	905405	GENTAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO				
346	905406	KANAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA				
347	905407	NETILMICINA				
348	905408	PROCAINAMIDA POR INMUNOENSAYO				
349	905410	VANCOMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA				
350	905502	CICLOSPORINA A Y METABOLITOS				
351	905602	DIGITOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFÍA DE CAPA FINA				
352	905605	DIGOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFÍA DE CAPA FINA				
353	905607	TEOFILINA POR EIA				
354	905702	ACETAMINOFEN, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO				
355	905704	ALCALOIDES, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFÍA DE CAPA FINA				
356	905706	ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR INMUNOENSAYO				
357	905707	ALCOHOL METILICO – FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR COLORIMETRIA				
358	905709	ARSENICO EN ORINA O SANGRE POR ABSORCION ATOMICA				
359	905711	ATROPÍNICOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA Incluye: ESCOPOLAMINA				
360	905713	BIPIRIDILO, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA + Incluye: PARAQUAT U OTROS				
361	905715	CAFEINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO Y CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA+				

385	906003	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig A POR EAI				
386	906004	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig G POR EIA +				
387	906005	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig G POR IFI *+				
388	906006	Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig M POR EIA *+				
389	906018	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig A +				
390	906019	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig G +				
391	906020B	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig M +				
392	906021	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS TOTALES +				
393	906028	Legionella pneumoniae, ANTICUERPOS POR IFI §				
394	906032	Mycobacterium tuberculosis, ANTICUERPOS POR EIA +				
395	906035	Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS Ig M +				
396	906036	Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS TOTALES +				
397	906039	Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TRE-PONEMICA) +				
398	906101	Actynomices, ANTICUERPOS +				
399	906102	Aspergillus, ANTICUERPOS POR LÁTEX +				
400	906103	Blastomyces, ANTICUERPOS +				
401	906107	Cisticerco, ANTICUERPOS Ig G POR EIA *+				
402	906109	Cisticerco, ANTICUERPOS TOTALES +				
403	906111	Coccidioides, ANTICUERPOS +				
404	906113	Entamoeba histolítica, ANTICUERPOS POR EIA +				
405	906118	Histoplasma capsulatum, ANTICUERPOS POR EIA +				
406	906119	HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, FIJACION DE COMPLEMENTO + Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS				
407	904134	TEST DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSIS				
408	906126	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig A				
409	906127	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA +				
410	906128	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI +				
411	906129	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA +				

441	906245	Sarampión, ANTICUERPOS Ig G POR EIA +				
442	906247	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G +				
443	906248	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M +				
444	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *+				
445	906250	VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOTTING O EQUIVALENTE *+				
446	906304	ANTIGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX] + Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19				
447	906306	Bordetella pertusis, ANTÍGENO *+				
448	906307	Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR EIA +				
449	906308	Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR IFD +				
450	906314	Cryptococcus neoformans, ANTÍGENO +				
451	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & * +				
452	906318	Hepatitis B, ANTIGENO e [Ag HBe] +				
453	906319	Hepatitis delta, ANTIGENO [Ag HVD] +				
454	906322	Legionella, ANTIGENO +				
455	906323	Neisseria gonorrhoeae, ANTIGENO +				
456	906326	Rotavirus, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR EIA +				
457	906327	Rotavirus, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR LATEX +				
458	906329	Virus sicitial respiratorio, ANTÍGENO +				
459	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm + ANAS				
460	906408	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig G POR EIA +				
461	906409	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig M POR EIA +				
462	906413	CENTRÓMERO, ANTICUERPOS POR IFI +				
463	906466	CITRULINA				
464	906417	DNA n, ANTICUERPOS POR EIA +				
465	906418	DNA n, ANTICUERPOS POR IFI +				
466	906420	ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR EIA +				
467	906422	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS Ig G POR EIA + Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFA-TÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL				
468	906423	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS Ig M POR EIA § Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍ-DICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL				

497	906501	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C [CLASE I]				
498	906502	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C, DR, DQ [CLASE I Y II]				
499	906509	HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR CITOMETRIA DE FLUJO				
500	906510	HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR SEROLOGIA				
501	906602	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] SÉRICA				
502	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA] +				
503	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] +				
504	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] +				
505	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] +				
506	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA] +				
507	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACCIÓN LIBRE +				
508	906612	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, VELOCIDAD DE CAMBIO, 2 MUESTRAS +				
509	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR [TPA-TPS] POR EIA +				
510	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA +				
511	906621	CALCITONINA +				
512	906624	GASTRINA +				
513	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] +				
514	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS				
515	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS, GRANULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO				
516	906704	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS, GRANULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO				
517	906706	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR CITOMETRIA DE FLUJO				
518	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA				
519	906711	LINFOCITOS B, CUANTIFICACIÓN [TOTALES CD19 Y MADUROS CD20] POR CITOMETRÍA DE FLUJO +				
520	906712	LINFOCITOS T CD3 POR CITOMETRÍA DE FLUJO +				
521	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUN OFLUORESCENCIA +				
522	906714	LINFOCITOS T CD4 POR CITOMETRÍA DE FLUJO +				
523	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA +				
524	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR CITOMETRÍA DE FLUJO +				

554	906840	VIH, CARGA VIRAL CUALQUIER TÉCNICA +				
555	906901	AGLUTININAS AL FRIO				
556	906903	ANTICUERPOS HETERÓFILOS [ESPECÍFICOS Y TOTALES] +				
557	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] +				
558	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR IDR +				
559	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA +				
560	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR IDR +				
561	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA +				
562	906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA +				
563	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX +				
564	906913	PROTEÍNA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISIÓN +				
565	906914	PROTEÍNA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA +				
566	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & * +				
567	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES +				
568	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN +				
569	907004	COPROSCÓPICO + Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS				
570	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS] +				
571	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III] +				
572	907007	OXIUROS, IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM] +				
573	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] +				
574	907010	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUALITATIVO +				
575	907011	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUANTITATIVO +				
576	907103	PROTEÍNA BENCE JONES POR CALOR +				
577	907104	RECUENTO DE ADDIS +				
578	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA + PDO				
579	907107	UROBILINOGENO EN ORINA +				
580	907202	MOCO CERVICAL, ANALISIS [SIMS HUHN ER]				
581	908101	AMINOACIDOS, CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO				