POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5

Floridablanca, 03/12/24

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA

PN RASES N°5 MIC 078 2024

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5, 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 proporcionar la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO 1: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA GRUPO 2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS)."**, de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y que cumplan con todos los requisitos exigidos para la misma. De igual forma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021, numeral 3, y en concordancia con lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 34 de la Ley 2069 de 2020, el presente proceso es susceptible de ser limitado a Mipymes.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta que el Valor Estimado del presente proceso no supera el 10% de la Menor Cuantía para la Entidad, el proceso de selección se debe adelantar bajo la modalidad de Selección de Mínima Cuantía, de conformidad con lo previsto en el Artículo 94 CAPÍTULO VII Disposiciones para prevenir y combatir la corrupción en la contratación pública de la Ley 1474 de 2011 y en el Articulo 2.2.1.2.1.5.2. Procedimiento para la Contratación de Mínima Cuantía del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

OBJETO

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS:
GRUPO 1: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA
GRUPO 2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS)."

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
85121800	Servicios de Salud	Practica medica	Laboratorios médicos.	---------
85121801	Servicios de Salud	Practica medica	Laboratorios médicos	Servicios de laboratorios de análisis de sangre
85121802	Servicios de Salud	Practica medica	Laboratorios médicos	Servicios de laboratorios bacteriológicos
85121803	Servicios de Salud	Practica medica .	Laboratorios médicos	Servicios de laboratorios biológicos
85121804	Servicios de Salud	Practica medica	Laboratorios médicos	Servicios de laboratorios patológicos
85110000	Servicios de Salud	Practica medica	Laboratorios médicos	Servicios de laboratorios de análisis de orina
85110000	Servicios de Salud	Prevención y control de enfermedades	Prevención y control de enfermedades no contagiosas	Servicios de prevención o control de cáncer o leucemia

PRESUPUEST El valor estimado para el presente proceso corresponde a la suma de TRECE MILLONES

O	QUINIENTOS MIL PESOS ($ 13.500.000,00) M/CTE distribuido por vigencias, así: VIGENCIA 2024: **Grupo 1** Recurso 10 **DOS MILLONES DE PESOS ($ 2.000.000) MCTE** **Grupo 2** Recurso 10 **QUINIENTOS MIL PESOS ($ 500.000) MCTE** VIGENCIA 2025: **Grupo 1** Recurso 16 **DIEZ MILLONES DE PESOS ($ 10.000.000) MCTE** **Grupo 2** Recurso 16 **UN MILLON DE PESOS ($ 1.000.000) MCTE**

ITEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	RECURSO	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO INCLUIDO IVA VIGENCIA 2024	VALOR UNITARIO ESTIMADO INCLUIDO IVA VIGENCIA 2025	VALOR TOTAL ESTIMADO INCLUIDO IVA
2024		10	UPRES ARAUCA	SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDINA Y ALTA COMPEJIDAD	1	$2.000.000	$10.000.000	$12.000.000
2025		16	UPRES ARAUCA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	1	$500.000	$1.000.000	$1.500.000
VALOR TOTAL ESTIMADO								$13.500.000

El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 143024 y SFI No. 1410 y 1411 del 29/11/2024, expedidos por la Oficina de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5. Y la vigencia 2025 mediante Comunicación Oficial de aprobación de Vigencias futuras autorizada mediante oficio No. GS-2024-050384 DISAN de fecha 10 de julio de 2024 –, con número de autorización 17524.

FORMA DE ADJUDICACIÓN DEL PROCESO	Se adjudicará el contrato en forma total aquel oferente que cumpla con todas las condiciones técnicas, económicas y jurídicas descritas en la presente invitacion, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021. Se adjudicará el contrato en forma total al oferente con el **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO** aplicable a cada ítem; que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento con segundo **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO** y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado. En caso que éste no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, se podrá contratar con el oferente que haya presentado el segundo **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A CADA ÍTEM**, luego de una previa verificación de sus calidades habilitantes, en caso de que este tampoco cumpla, se verificara la oferta que presentó el tercer proponente y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado. No se aceptarán propuestas **ALTERNATIVAS**, de hacerse de esta manera no serán tenidas en cuenta. Solo se evaluará y se verificará aquella oferta que se encuentre completa y que cumpla con los requisitos señalados en la invitacion.

	La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará mediante comunicación de aceptación de la oferta, la entidad manifestará a la aceptación expresa e incondicional de la misma, los datos de contacto de la entidad y del supervisor designado, con la publicación de la comunicación de aceptación en la plataforma del SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. De no quedar ningún oferente habilitado se declarará desierto el proceso, mediante comunicación motivada que se publicará en la plataforma SECOP II.
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución es desde la entrega de la carta de inicio ejecución de contrato hasta el **30 de abril de 2025** o hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y FORMA DE EJECUCIÓN	**LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** Los servicios médicos especializados objeto de la presente invitacion, se realizarán directamente en las instalaciones ofrecidas del contratista, una vez los usuarios hayan surtido el trámite de autorización de la orden por parte del Grupo de redes integrales de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las instalaciones tendrán que estar ubicadas en el casco urbano del Municipio de Arauca del Departamento de Arauca. **FORMA DE EJECUCIÓN:** **APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.** La forma de ejecución del presente contrato procederá por evento, y de acuerdo a los requerimientos realizados por el supervisor o quien a este autorice. Para la prestación de servicios de médicos ambulatorios para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional pertenecientes a la Unidad Prestadora de Salud Arauca, de apoyo diagnostico en laboratorios de baja, mediana y alta complejidad, laboratorios de COVID-19 y fonoaudiología y la prestación de servicios en promoción, prevención y detección de cáncer de cuello uterino, el CONTRATISTA deberá contar con la autorización escrita de la Regional de Aseguramiento en Salud. 5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca a través de su Grupo de redes integrales ubicado en la calle 19 # 13 – 60 barrio Américas del municipio de Arauca. Así mismo y para efectos de facilitar la ejecución del contrato, la Unidad de Prestadora de Salud Arauca a través de su grupo de redes integrales ha aplicado en concordancia con el Decreto 4747 de 2007 compilado en el Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. En lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008, ésta Unidad, ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación: 1. Por el correo electrónico: deara.upres-rco@policia.gov.co Adicionalmente los aseguradores y prestadores con los cuales se tiene relación contractual, deben tener en cuenta los parámetros establecidos en la presente invitacion, con el fin de verificar el tipo de afiliación del usuario, con el carnet y su documento de identidad. Nota 1: Se aclara que la Dirección de Sanidad continúa implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 080 del 27 de mayo de 2022 del CSSMP. Nota 2: Cuando se requieran servicios de complejidad que la entidad no ofrezca en su portafolio de servicios o no se encuentren habilitados por la Secretaría de Salud, deberán ser remitidos al nivel de complejidad que la Unidad de Prestadora de Salud Arauca a través de su grupo de redes integrales - oficina de referencia y contrarreferencia designe según lo amerite el estado de salud del paciente. Nota 3: Cuando se requieran servicios que no estén descritos en el Anexo de CUPS, podrán ser prestados previa aprobación por escrito del ordenador del gasto, supervisor o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca. Los valores que el CONTRATISTA cubre por estos servicios, no podrán exceder los precios del mercado, por lo cual obliga al supervisor a realizar estudios de mercado y aprobar el precio más conveniente con su respectivo descuento. El CONTRATISTA deberá sujetarse a dichos precios del mercado.

	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 los documentos habilitantes dentro del plazo establecido en el requerimiento de la unidad.** k. En el evento de exigir oferta Total, ésta se rechaza si sobrepasa el presupuesto oficial asignado al proceso o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; 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. l. Cuando la oferta se registre en SECOP II en forma extemporánea o en un proceso diferente. De acuerdo, a los lineamientos del SECOP II la propuesta debe ser ingresada a la plataforma por parte de los proveedores en la fecha y hora indicada en la plataforma. En ningún caso la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 se hará responsable del retraso en el ingreso de las propuestas, toda vez que el aplicativo no es administrado por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5, siendo única y exclusiva responsabilidad del proveedor disponer del tiempo necesario para el ingreso oportuno a la del cierre del presente proceso. m. Cuando la oferta no se ajuste a la forma de adjudicación establecida. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna la Aceptación de Oferta, 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 SECOP II. En los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.
FACTORES QUE SE TENDRÁN EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN	Se adjudicará el contrato en forma total a aquel oferente que cumpla con todas las condiciones técnicas, económicas y jurídicas descritas en la presente invitación, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021. Se adjudicará el contrato en forma total al oferente con el **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO** aplicable a cada ítem; que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento con segundo **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO** y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado. No se aceptarán propuestas **ALTERNATIVAS**, de hacerse de ésta manera no serán tenidas en cuenta. Solo se evaluará y se verificará aquella oferta que se encuentre completa y que cumpla con los requisitos señalados en la invitación. La forma de adjudicación del presente proceso se efectuara mediante comunicación de aceptación de la oferta, la entidad manifestara la aceptación expresa e incondicional de la misma, los datos de contacto de la entidad y del supervisor designado, con la publicación de la comunicación de aceptación en la plataforma del SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. De no quedar ningún oferente habilitado se declarará desierto el proceso, mediante comunicación motivada que se publicará en la plataforma del SECOP II.
PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMPATE	**APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.** En caso de empate, la entidad estatal aplicará los criterios del artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 *"Por Medio Del Cual Se Impulsa El Emprendimiento En Colombia"*, conforme con los medios de acreditación del artículo 2.2.1.2.4.2.17 Decreto 1082 de 2015 modificado por el artículo 3 del Decreto 1860 de 2021 *"Factores de desempate y acreditación"*. En caso de empate en el puntaje total de dos o más ofertas en los procesos de contratación realizados con cargo a recursos públicos, en los procesos de contratación realizados por las Entidades Estatales indistintamente de su régimen de

contratación, así como los celebrados por los procesos de contratación de los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales, el contratante deberá utilizar las siguientes reglas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar al oferente favorecido, respetando en todo caso los compromisos internacionales vigentes.

1. Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros.
2. Preferir la propuesta de la mujer cabeza de familia, mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por mujeres cabeza de familia, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.
3. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un proponente plural, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.
4. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite la vinculación en mayor proporción de personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley.
5. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite, en las condiciones establecidas en la ley, que por lo menos diez por ciento (10%) de su nómina pertenece a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas.
6. Preferir la propuesta de personas en proceso de reintegración o reincorporación o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por personas en proceso de reincorporación, y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.
7. Preferir la oferta presentada por un proponente plural siempre que:
(a) esté conformado por al menos una madre cabeza de familia y/o una persona en proceso de reincorporación o reintegración, o una persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente, y, que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el proponente plural;
(b) la madre cabeza de familia, la persona en proceso de reincorporación o reintegración, o la persona jurídica aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y
(c) ni la madre cabeza de familia o persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.
8. Preferir la oferta presentada por una MiPymes o cooperativas o asociaciones .mutuales; o un proponente plural constituido por Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales.
9. Preferir la oferta presentada por el proponente plural constituido por micro y/o pequeñas empresas, cooperativas o asociaciones mutuales.
10. Preferir al oferente que acredite de acuerdo con sus estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25%) del total de pagos realizados a MiPymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior; o, la oferta presentada por un proponente plural siempre que:
(a) esté conformado por al menos una MIPYME, cooperativa o asociación mutual que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%);
(b) la MIPYME, cooperativa o asociación mutual aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y
(c) ni la MIPYME, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.
11. Preferir las empresas reconocidas y establecidas como Sociedad de Beneficio e Interés Colectivo o Sociedad BIC, del segmento MIPYMES.
12. Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto previamente en los Documentos del Proceso.

De continuar el empate se escogerá la primera oferta presentada dentro del proceso en la plataforma SECOP II.

ADJUDICACIÓN CON OFERTA ÚNICA	De acuerdo al *ARTÍCULO 2.2.1.1.2.2.6. Adjudicación con oferta única. La Entidad Estatal puede adjudicar el contrato cuando solo se haya presentado una oferta siempre que cumpla con los requisitos habilitantes exigidos y satisfaga los requisitos de los pliegos de condiciones, sin perjuicio de las disposiciones especiales establecidas en la ley y el presente título para la subasta inversa, el concurso de méritos y las reglas particulares para los procesos con convocatoria limitada a las Mipyme.*
INFORMACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.
ANÁLISIS DE GARANTÍAS: TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL RIESGO	Las contenidas en el **Anexo N° 2** de la presente Invitación.
INVITACIÓN VEEDURÍAS	QUE EN CUMPLIMIENTO EN LO DISPUESTO EN LA LEY 80 DE 1993, SE CONVOCA A TODAS LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS, PARA QUE PARTICIPEN EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL Y POSTCONTRACTUAL DEL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 80 DE 1993 Y LA LEY 850 DE 2003.

CONVOCATORIA LIMITADA A MIPYME

De igual forma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021, numeral 3, y en concordancia con lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el articulo 34 de la Ley 2069 de 2020, el presente proceso es susceptible de ser limitado a Mipymes, cuando se haya manifestado interés de por lo menos dos (02) Mipymes, con mínimo un (1) año de existencia, dentro del día hábil siguiente a la publicación de la invitación pública

Por lo anterior se convoca a las MIPYMES interesadas para que, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.2, del decreto 1082 de 2015, realicen su solicitud de limitar la presente convocatoria a Mipymes, para lo cual deberán cumplir con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.4 del Decreto 1082 de 2015 así:

*"1. **Las personas naturales mediante certificación expedida por ellos y un contador público, adjuntando copia del registro mercantil.***

2. Las personas jurídicas mediante certificación expedida por el representante legal y el contador o revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, adjuntando copia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o por la autoridad competente para expedir dicha certificación.

Para la acreditación deberán observarse los rangos de clasificación empresarial establecidos de conformidad con la Ley 590 de 2000 y el Decreto 1074 de 2015, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.

*PARÁGRAFO 1. **En todo caso, las Mipyme también podrán acreditar esta condición con la copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación.***

*PARÁGRAFO 2. **Para efectos de la limitación a Mipyme, los proponentes aportarán la copia del registro mercantil, del certificado de existencia y representación legal o del Registro Único de Proponentes, según corresponda conforme a las reglas precedentes, con una fecha de máximo sesenta (60) días calendario anteriores a la prevista en el cronograma del Proceso de Contratación para el inicio del plazo para solicitar la convocatoria limitada.***

*PARÁGRAFO 3. **En las convocatorias limitadas, las Entidades Estatales independientemente de su régimen de contratación, los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales y los particulares que ejecuten recursos públicos, solo deberán aceptar las ofertas de Mipyme o de proponentes plurales integrados únicamente por Mipyme.***

*PARÁGRAFO 4. **Los incentivos previstos en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 y 2.2.1.2.4.2.3 de este Decreto no excluyen la aplicación de los criterios diferenciales para los emprendimientos y empresas de mujeres en el sistema de compras públicas.**"*

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta escaneada en original y con los siguientes documentos en la página de Colombia Compra Eficiente – SECOP II así:

2.1 DE ORDEN JURÍDICO

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al **Formulario N° 1** de la presente invitación firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.
- ✓ Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
- ✓ Antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ Certificado del Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas
- ✓ **CERTIFICADO NACIONAL DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM.** Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no este reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, certificado no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierra del presente proceso de selección, conforma el artículo 6.1 de la ley 2097 de 2021, reglamentada por el decreto 1310 de 2022.
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales:
  Para Persona Jurídica: Certificación de Aportes Parafiscales suscrita por el Revisor Fiscal en caso que exista (*anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal*), de no contar con el revisor fiscal, la certificación será expedida por el representante legal. La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.
  Para el caso de Persona Natural: Declaración juramentada, en la cual el oferente a nombre propio certifique el pago de los aportes parafiscales e indique que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de ley 789 de 2002. La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad. En caso de ser el proponente persona natural o jurídica sin personal a cargo y por ende no estar obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, certificará bajo la gravedad de juramento dicha situación.
- ✓ Compromiso anticorrupción suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica) (Diligenciar **Formulario N° 3** de la presente invitación).
- ✓ Diligenciar y cargar el FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD **Formulario N° 3** de la presente invitación

2.2 DE ORDEN TÉCNICO

2.2.1 CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS

Las especificaciones técnicas mínimas requeridas contempladas en la presente invitacion, fueron realizadas por el responsable del proceso, y son el resultado del análisis de las necesidades para la prestación de servicios de apoyo terapéutico intramural y domiciliario en terapias físicas, respiratorias, ocupacionales y de lenguaje requerido por la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las cuales se encuentran debidamente detalladas en el anexo CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE.

EXPERIENCIA PROPONENTE

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.

Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar la experiencia del proponente en este tipo de contratación, la experiencia deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta máximo dos (02) copias de contratos celebrados con una entidad pública o privada, cuyo objeto sea similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor del presupuesto asignado para esta contratación y por cada copia de contrato adjudicado, deberán anexar también su respectiva certificación firmada por el representante legal de la entidad pública o privada donde se evidencia que el contrato celebrado entre las partes se ejecutó satisfactoriamiente y no existió ningún tipo de problema o incumplimiento por parte del contratista durante la ejecución del contrato, es de precisar que las certificación además de contener un concepto favorable de ejecución, también deberá certificar la siguiente información:

- Nombre de la entidad pública o privada contratante.
- Nit de la entidad pública o privada contratante.
- Número del proceso en el SECOP II. (aplica para contratos con las Entidades Estatales)
- Número del contrato.
- Objeto del contrato (El objeto celebrado deber ser similar el presente proceso).
- Valor del contrato (El sumatorio total del valor debe ser igual o mayor al **70%** del valor del presupuesto asignado para el presente proceso).
- Fecha de inicio y fecha de terminación del contrato.
- Plazo de ejecución del contrato.

NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en Salud No 5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, y la Regional de Aseguramiento en Salud No 5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.

- ✓ No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final).
- ✓ No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias.

NOTA 2: Acreditar la experiencia exigida certificará como CUMPLE o NO CUMPLE. Este aspecto se verificará en el Anexo Especificaciones Técnicas Mínimas.

La Regional de aseguramiento en salud No 5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca se reserva el derecho de hacer las verificaciones que considere necesarias en la documentación presentada ante organismos de control como DIAN, CÁMARA DE COMERCIO, etc., con el fin de garantizar la transparencia del proceso de contratación.

JUSTIFICACIÓN: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por un tercero con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de la prestación del servicio del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.

NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. **DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO N°5 NIVEL DE EDUCACIÓN Y RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DE LA PRESENTE INVITACION Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.**

GRUPO 01. PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA.

PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL		
CARGO Y NUMERO DE PERSONAS REQUERIDOS	**CANTIDAD**	**REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO**

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

GRUPO 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).

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

NOTA: No se aceptarán certificaciones con enmendaduras o que no contengan la información exigida, que sean anteriores a la fecha de expedición de la tarjeta profesional del empleado y se deja en claro que el personal ofertado será quien ejecute en forma directa el objeto de la presente contratación.

La Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 – Unidad Prestadora de Salud Arauca se reserva el derecho de verificar la veracidad de los documentos que los oferentes aporten a su propuesta.

Este aspecto se verificará en el **Anexo** Especificaciones Técnicas Mínimas.

CAPACIDAD OPERATIVA

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2
Los oferentes deberán anexar carta de compromiso que soporte la capacidad técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de instalaciones, elementos y recursos necesarios en el municipio de Arauca - Departamento de Arauca, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. La entidad deberá garantizar e identificar la capacidad de instalaciones, equipos, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que hacen parte esencial para el cumplimiento del presente objeto contractual, esta se podrá constatar en el portafolio de servicios de la entidad y en las especificaciones técnicas mínimas.
El oferente deberá presentar la certificación habilitante expedida por la Unidad Administrativa Especial de Salud Arauca o el ente que haga sus veces, dicha certificación debe estar vigente durante el tiempo de prestación de servicio del proceso de contracción que se adelanta.

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.

COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

Toda persona natural (especialista), personas jurídicas (clínicas, fundaciones), consorcios, uniones temporales, promesas de sociedad, que se encuentren en capacidad de prestar el servicio de salud a contratar y se encuentre constituido como instituciones Prestadoras de Salud que se encuentren inscritas en el registro especial nacional del ministerio de salud o quien haga sus veces, de conformidad con la ley 10 de 1990.

Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación:

La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las instituciones prestadoras de servicios de salud como son:

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

El oferente presentará una certificación firmada por el representante legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. Por lo anterior debe diligenciar el **ANEXO N°8 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS.**

Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos:

- Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin.

- Portafolio de Servicios de la Entidad oferente.

- Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.

MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:
APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.

a. El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

b. El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

c. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO N°7 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2,

El oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO N°11 DE HOJA DE VIDA EQUIPOS** de la presente invitación que corresponde a certificación firmada por el representante legal donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO REFERENTE A LAS OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN A GARANTIZAR A LOS USUARIOS.**

BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**

EVALUACIÓN ECONÓMICA

Al momento de la apertura de los sobres electrónicos de las propuestas recibidas a través de la plataforma SECOP II, se determinará el orden de elegibilidad, iniciando por la oferta con el **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ÍTEMS.**

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 a través del comité evaluador designado para el proceso, procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de mayor porcentaje único de descuento, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del segundo mayor porcentaje único de descuento y así sucesivamente.

Lo anterior, en cumplimiento a lo descrito en el numeral 8 del procedimiento de la mínima cuantía y las notas 99 y 100 de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014, del Manual de la Contratación en la Policía Nacional y lo establecido en los numerales 4° y 6° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015.

Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP II, de acuerdo a lo citado en la NOTA 101, de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014. (Manual de Contratación en la Policía Nacional).

NOTA 1: El ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca, no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el porcentaje de descuento a la oferta por el tiempo de ejecución del futuro contrato a celebrar, estos valores no estarán sujetos a ninguna clase de modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

2.3. DE ORDEN ECONÓMICO

El único factor de evaluación económica es el precio, teniendo en cuenta que este proceso de contratación se realizará mediante la modalidad de Mínima Cuantía, siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas. Al momento de la entrega de la propuesta se determinará el orden de elegibilidad comenzando por la oferta **con mayor porcentaje único de descuento** aplicable a todos los ítems incluido IVA, y oferte todos los ítems que se relacionan en las Especificaciones Técnicas Mínimas la cual deberá ser presentada en el formato dispuesto en el anexo denominado Oferta Económica.

- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 9 SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.**
- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 10 OFERTA ECONÓMICA.**
- ✓ Propuesta Económica presentada por el oferente en la Plataforma SECOP II.
- ✓ Registro Único Tributario.
- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Diligenciar **Formulario N° 2** de la presente invitación).

4. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

La cronología del proceso se desarrollará de acuerdo a los parámetros y criterios establecidos por Colombia compra eficiente a través de la plataforma del SECOP II https://www.colombiacompra.gov.co/

Publicación de la invitación	Lugar: Pagina de Colombia Compra Eficiente – SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ Fecha establecida en la página de Colombia Compra
Manifestación de limitación a Mipyme y Observaciones a la Invitación Pública	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública, y **Manifestación de limitación a Mipyme** dentro del Día hábil siguiente a la publicación en la página de Colombia Compra – SECOP II. **NOTA:** No se absolverán consultas efectuadas telefónicamente o en forma personal, sola será tenida en cuenta en este proceso, la información recibida a través de la página de Colombia compra eficiente – SECOP II.
Publicación Aviso Limitación a Mipyme y Respuesta a las observaciones	Dentro del día hábil siguiente al término establecido para la manifestación de la Limitación a Mipyme
Entrega de propuestas	Lugar: Colombia Compra Eficiente - SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ En la fecha y hora establecida en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II.
Evaluación de las Propuestas, Verificación y/o solicitud de los Requisitos Habilitantes.	Dentro de los TRES (3) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas.
Subsanación de documentos	Dentro del día hábil siguiente al requerimiento de la entidad
Publicación de la Evaluación y verificación	Dentro del día hábil siguiente a la fecha de Subsanación
Observaciones a la Evaluación.	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas, dichas solicitudes deberán formularse por escrito en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II. Los documentos subsanables deberán presentarse hasta dentro de los términos fijados por la entidad, para la subsanación de

- Elaborar y remitir el proyecto de liquidación del contrato, una vez terminado, ejecutado y cancelado en su totalidad, según Código: 2BS-FR-0023 Versión 5 del 12 de marzo de 2021, ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL.

Atentamente,

Teniente Coronel **RICARDO PICO FIGUEREDO**
Jefe REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5

Elaboró: PS06 MONICA SILVA CAPACHO
Analista Contratos

Revisó: TE MAGNALY GONZALEZ TELLEZ
Jefe Grupo Contratos

CT. LEONARDO VEGA CALA
Jefe Área Administrativa

CPS04 Dra. BRIGGITT DAYANA JAIMES HERNANDEZ
Abogada RASES

Transversal 154 24 147 floridablanca
Teléfono(s) 6447295 Ext. 7212
desan.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

	documentos. Los documentos que se presenten con posterioridad al término señalado no serán tenidos en cuenta
Respuesta a observaciones y/o Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los tres días hábiles siguientes al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.
Indisponibilidad del secop II	En caso de presentarse una falla general o particular previas al evento de presentación de la oferta, presentación de observaciones o subsanación de documentos, que no le permita hacer la acción, deberá informar a la entidad a través del correo electrónico monica.silvas@correo.policia.gov.co con la siguiente información: • Número del proceso • Nombre del usuario de la plataforma del SECOP II • Nombre de la entidad • Numero de NIT o cedula del oferente Y seguidamente deberá informar a la mesa de ayuda de Colombia Compra Eficiente creando un caso del inconveniente o falla presentada. Lo anterior atendiendo el protocolo de indisponibilidad que se encuentra anexo en la plataforma del SECOP II.

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

b. De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación SECOP II hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

3. SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE OFERTA.

La supervisión del contrato estará a cargo del Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto, el cual verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto la resolución No. 00090 del 15/01/2018.

- El supervisor del contrato realizara seguimiento continuo, garantizando la eficiente y oportuna inversión de los recursos del contrato, debiendo ceñirse a las condiciones y términos convenido en el contrato, así mismo, verificara cualquier hecho o circunstancia constitutiva de incumplimiento de lo pactado, rindiendo un informe inmediatamente al contratista, proveedor, jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca y al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, como contratante.

- Informará periódicamente al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, el porcentaje de ejecución del contrato en el formato establecido código: 2BS-FR-0019, versión 5 del 12 de marzo de 2021, informe supervisores seguimiento contractual.

- Subirá los documentos soporte ejecución de contrato "constancia recibido a satisfacción, informe supervisores seguimiento contractual, certificación de parafiscales, planillas de pagos, con un plazo máximo de 3 días posteriores a su diligenciamiento en el área de trabajo de la ejecución del contrato, en el sistema electrónico de contratación pública SECOP II.

- Mantendrá permanente en vigilancia los servicios contratados, verificando los plazos, términos y condiciones, conforme lo descrito en el contrato.

- Dara cumplimiento a la resolución 00090 del 15 de enero de 2018, emanada de la Dirección General de la Policía Nacional. "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014", y en la Ley 1474 de 2011 artículos 82 a 86.

- Tendrá la obligación de solicitar acompañamiento de carácter técnico, económico y jurídico, de requerirlo, para la supervisión y control de la ejecución del contrato, de las direcciones y especialidades institucionales que cuenten con la formación técnica o profesional en el área respectiva que el supervisor requiera.

ANEXO No. 1
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS

PROPONENTE _____

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 tendrá como parámetros de evaluación técnica el diligenciamiento de la presente invitacion y cada uno de sus numerales por parte del oferente en donde se encuentran las especificaciones técnicas de todos los servicios a adquirir, además de la descripción de los requisitos netamente técnicos que los oferentes deben cumplir:

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

REQUISITOS GENERALES

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

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

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

CONDICIONES TÉCNICAS

GRUPO No 1

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente deberá diligenciar el Anexo de los CUPS requeridos el cual se encuentra en archivo Excel bajo el nombre "**ANEXO 1 TOTAL CUPS PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO AL SIGUIENTE GRUPO:** *GRUPO 1*: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA **El Anexo técnico el cual se encuentra en archivo Excel en la plataforma SECOP II, contiene una columna para que la entidad oferente registre con una x al frente de cada CUPS SI OFRECE O NO OFRECE el procedimiento favor no modificar el formato.**		
2	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN OFRECER EL SERVICIO:** Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar la experiencia del proponente en este tipo de contratación, la experiencia deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta máximo dos (02) copias de contratos celebrados con una entidad pública o privada, cuyo objeto sea similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor del presupuesto asignado para esta contratación y por cada copia de contrato adjudicado, deberán anexar también su respectiva certificación firmada por el representante legal de la entidad pública o privada donde se evidencia que el contrato celebrado entre las partes se ejecutó satisfactoriamiente y no existió ningún tipo de problema o incumplimiento por parte del contratista durante la ejecución del contrato, es de precisar que las certificación además de contener un concepto favorable de ejecución, también deberá certificar la siguiente información: • Nombre de la entidad pública o privada contratante. • Nit de la entidad pública o privada contratante. • Número del proceso en el SECOP II. (aplica para contratos con las Entidades Estatales) • Número del contrato. • Objeto del contrato (El objeto celebrado deber ser similar el presente proceso).		

	• Valor del contrato (El sumatorio total del valor debe ser igual o mayor al **70%** del valor del presupuesto asignado para el presente proceso). • Fecha de inicio y fecha de terminación del contrato. • Plazo de ejecución del contrato. **NOTA 1:** En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en Salud No 5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, y la Regional de Aseguramiento en Salud No 5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012. ✓ No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final). ✓ No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias. **NOTA 2:** Acreditar la experiencia exigida certificará como CUMPLE o NO CUMPLE. Este aspecto se verificará en el Anexo Especificaciones Técnicas Mínimas. La Regional de aseguramiento en salud No 5 - Unidad Prestadora de Salud Arauca se reserva el derecho de hacer las verificaciones que considere necesarias en la documentación presentada ante organismos de control como DIAN, CÁMARA DE COMERCIO, etc., con el fin de garantizar la transparencia del proceso de contratación. **JUSTIFICACIÓN:** La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por un tercero con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de la prestación del servicio del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.		
3	Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. **DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO °5 NIVEL DE EDUCACIÓN Y RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DE LA PRESNETE INVITACION Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.** **GRUPO 01. PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA.**		

PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL		
CARGO	**CANTIDAD**	**REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO**
BACTERIÓLOGO	**1**	**Requisito:** Profesional en bacteriología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).
AUXILIAR DE LABORATORIO	**1**	**Requisito:** Tener título de técnico en laboratorio clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse

			registrado en el RETHUS, tener el Curso de soporte vital básico vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	FONOAUDIOLOGÍA	1	**Requisito:** Profesional en Fonoaudiología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y deberá contar con el Curso de soporte vital avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
4	CAPACIDAD OPERATIVA: Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios descritos en la presente invitacion y oportunidad y su respectiva entrega de resultados, el oferente demostrará la capacidad de instalaciones en infraestructura, equipos, recurso humano, en el Municipio de Arauca y todos aquellos aspectos que deban ser verificados, con el fin de identificar las condiciones requeridas por nuestra institución, para la prestación de un excelente servicio. Los oferentes deberán anexar carta de compromiso que soporte la capacidad técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de instalaciones, elementos y recursos necesarios en el municipio de Arauca - Departamento de Arauca, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. La entidad deberá garantizar e identificar la capacidad de instalaciones, equipos, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que hacen parte esencial para el cumplimiento del presente objeto contractual, esta se podrá constatar en el portafolio de servicios de la entidad y en las especificaciones técnicas mínimas. El oferente deberá presentar la certificación habilitante expedida por la Unidad Administrativa Especial de Salud Arauca o el ente que haga sus veces, dicha certificación debe estar vigente durante el tiempo de prestación de servicio del proceso de contracción que se adelanta. PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO N°6 DE LA PRESENTE INVITACION "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.				
5	HOJA DE VIDA DE EQUIPOS: El oferente deberá diligenciar y presentar el ANEXO N°11 DE HOJA DE VIDA EQUIPOS de la presente invitacion que corresponde a certificación firmada por el representante legal donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos				
6	Toda persona natural (especialista), personas jurídicas (clínicas, fundaciones), consorcios, uniones temporales, promesas de sociedad, que se encuentren en capacidad de prestar el servicio de salud a contratar y se encuentre constituido como instituciones Prestadoras de Salud que se encuentren inscritas en el registro especial nacional del ministerio de salud o quien haga sus veces, de conformidad con la ley 10 de 1990. Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación: La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las instituciones prestadoras de servicios de salud como son: 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". 3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.				

	4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. **5.** Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional. El oferente presentará una certificación firmada por el representante legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. Por lo anterior debe diligenciar el **ANEXO N°8 DE COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS.** Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos: • Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin. • Portafolio de Servicios de la Entidad oferente. • Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.		
7	**MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** **APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2.** d. El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. e. El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato. f. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.		

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin.		
2	Portafolio de Servicios de la Entidad oferente		
3	El oferente debe contar con los reactivos y sustancias químicas necesarias para la práctica de exámenes que se llegasen a requerir de acuerdo con el objeto del contrato. Los reactivos deben estar bajo condiciones de almacenamiento adecuadas, contar con el respectivo termómetro y registro de temperaturas.		
4	El oferente deberá certificar que la prestación del servicio se realizará en las instalaciones del contratista en horario de 07:00 a.m. a 12:00 m y de 14:00 p.m. a 18:00 horas, de lunes a viernes y de m 08:00 a.m. a 12:00 los días sábados.		
5	El oferente debe contar con área de recepción y entrega de resultados, sala de espera con baño para usuarios, área de toma de muestras de laboratorio y citologías cervico-uterinas, centro de atención al usuario, área de procesamiento de muestras, área de lavado de materiales, área de almacenamiento de residuos hospitalarios y/o peligrosos y área administrativa.		
6	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y contrarrefencia de usuarios e información. **(Anexar a la propuesta el número de la línea telefónica y el nombre del personal encargado).**		
7	Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.		
8	La entrega de resultados de exámenes de I nivel, deberá hacerse en los dos (02) días hábiles siguientes a su realización (excepto los urocultivos), para el caso de los exámenes supraespecializados el tiempo de entrega no podrá ser superior a ocho (08) días hábiles.		

Los servicios requeridos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA que no hayan quedado descritos en el anexo de CUPS que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas mediando solicitud del supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios el contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del contratante, la cual será objeto de revisión por el supervisor del contrato quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad y en caso que la cotización del contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como urgentes los cuáles serán sujetos a verificación por Auditoría Médica debiendo ser reportados al Grupo de redes integrales - Oficina de referencia y contrarreferencia a los siguientes correos: deara.upres-rco@policia.gov.co y a través de la plataforma establecida, cuyo ingreso se hace a través de la página web: 201.221.132.98:8081 mediante la cual se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente sobre referencia y solicitud de autorizaciones Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

_____

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del Representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

CONDICIONES TÉCNICAS

GRUPO No 2

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente deberá diligenciar el Anexo de los CUPS requeridos el cual se encuentra en archivo Excel bajo el nombre "ANEXO 2 TOTAL CUPS. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO AL SIGUIENTE GRUPO: *GRUPO 2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).* El Anexo técnico el cual se encuentra en archivo Excel en la plataforma SECOP II, contiene una columna para que la entidad oferente registre con una x al frente de cada CUPS SI OFRECE O NO OFRECE el procedimiento favor no modificar el formato.		
2	EXPERIENCIA PROPONENTE EN OFRECER EL SERVICIO: Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar la experiencia del proponente en este tipo de contratación, la experiencia deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta máximo dos (02) copias de contratos celebrados con una entidad pública o privada, cuyo objeto sea similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor del presupuesto asignado para esta contratación y por cada copia de contrato adjudicado, deberán anexar también su respectiva certificación firmada por el representante legal de la entidad pública o privada donde se evidencia que el contrato celebrado entre las partes se ejecutó satisfactoriamiente y no existió ningún tipo de problema o incumplimiento por parte del contratista durante la ejecución del contrato, es de precisar que las certificación además de contener un concepto favorable de ejecución, también deberá certificar la siguiente información: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento. En el evento de presentarse como consorcio o unión temporal, el valor del contrato a considerar será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia del documento consorcial o de unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación, en todo caso, cada integrante del consorcio o unión temporal debe contar con experiencia mínima certificada del 50% del presupuesto oficial, la experiencia habilitante será la sumatoria de las experiencias de los integrantes que la tengan, de manera proporcional a su participación en el mismo, no podrá acumularse a la vez, la experiencia de los socios y de la persona jurídica cuando estos se asocien entre si para presentar propuesta bajo alguna de las modalidades previstas en el artículo 7 de la ley 80 de 1993. NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, la Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información y lo confrontara con su historial de contratos. La propuesta del oferente que no presente certificaciones o que las presentadas no reúnan las condiciones anteriormente citadas, se dará como NO CUMPLE.		

<table>
<tr>
<td>3</td>
<td>Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, <u>EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL</u> de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO N°5 NIVEL DE EDUCACIÓN Y RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DE LA PRESENTE INVIVTACION Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.
<table>
<tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr>
<tr><th>CARGO</th><th>CANTIDAD</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr>
<tr><td>ENFERMERO PROFESIONAL</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en Enfermería, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente.
Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).</td></tr>
<tr><td>AUXILIAR DE LABORATORIO</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en laboratorio clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el Curso de soporte vital básico vigente.
Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>CAPACIDAD OPERATIVA
Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios descritos en la presente invitacion y su respectiva entrega de resultados, el oferente demostrará la capacidad de instalaciones en infraestructura, equipos, recurso humano, en el Municipio de Arauca y todos aquellos aspectos que deban ser verificados, con el fin de identificar las condiciones requeridas por nuestra institución, para la prestación de un excelente servicio.
Los oferentes deberán anexar carta de compromiso que soporte la capacidad técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de instalaciones, elementos y recursos necesarios en el municipio de Arauca - Departamento de Arauca, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. La entidad deberá garantizar e identificar la capacidad de instalaciones, equipos, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que hacen parte esencial para el cumplimiento del presente objeto contractual, esta se podrá constatar en el portafolio de servicios de la entidad y en las especificaciones técnicas mínimas.
El oferente deberá presentar la certificación habilitante expedida por la Unidad Administrativa Especial de Salud Arauca o el ente que haga sus veces, dicha certificación debe estar vigente durante el tiempo de prestación de servicio del proceso de contracción que se adelanta.
PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO 8 DE LA PRESENTE INVITACION "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

	OFERENTE.		
5	HOJA DE VIDA DE EQUIPOS: El oferente deberá diligenciar y presentar el ANEXO N°11 DE HOJA DE VIDA EQUIPOS de la presente invitacion que corresponde a certificación firmada por el representante legal donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologias y procedimientos		
6	Toda persona natural (especialista), personas jurídicas (clinicas, fundaciones), consorcios, uniones temporales, promesas de sociedad, que se encuentren en capacidad de prestar el servicio de salud a contratar y se encuentre constituido como instituciones Prestadoras de Salud que se encuentren inscritas en el registro especial nacional del ministerio de salud o quien haga sus veces, de conformidad con la ley 10 de 1990. Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación: La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las instituciones prestadoras de servicios de salud como son: 1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. 2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". 3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. 4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. 5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional. El oferente presentará una certificación firmada por el representante legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad. Por lo anterior debe diligenciar el ANEXO N°8 DE COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS. Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos: • Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin. • Portafolio de Servicios de la Entidad oferente. • Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.		
7	MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2. g. El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. h. El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato. i. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.		

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaria de Salud Departamental de Arauca designada para tal fin.		
2	Portafolio de Servicios de la Entidad oferente		
3	El oferente debe contar con los reactivos y sustancias químicas necesarias para la práctica de exámenes que se llegasen a requerir de acuerdo con el objeto del		

	contrato. Los reactivos deben estar bajo condiciones de almacenamiento adecuadas, contar con el respectivo termómetro y registro de temperaturas.		
4	El oferente deberá certificar que la prestación del servicio se realizará en las instalaciones del contratista en horario de 07:00 a.m. a 12:00 m y de 14:00 p.m. a 18:00 horas, de lunes a viernes y de m 08:00 a.m. a 12:00 los días sábados.		
5	El oferente debe contar con área de recepción y entrega de resultados, sala de espera con baño para usuarios, área de toma de muestras de laboratorio y citologías cervico-uterinas, centro de atención al usuario, área de procesamiento de muestras, área de lavado de materiales, área de almacenamiento de residuos hospitalarios y/o peligrosos y área administrativa.		
6	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y contrarrefencia de usuarios e información. **(Anexar a la propuesta el número de la línea telefónica y el nombre del personal encargado).**		
7	Entregar formalmente junto con la propuesta el modelo de atención en salud previamente definido por la entidad oferente.		
8	La entrega de resultados de exámenes de I nivel, deberá hacerse en los dos (02) días hábiles siguientes a su realización (excepto los urocultivos), para el caso de los exámenes supraespecializados el tiempo de entrega no podrá ser superior a ocho (08) días hábiles.		

Los servicios requeridos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA que no hayan quedado descritos en el anexo de CUPS que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas mediando solicitud del supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos servicios el contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del contratante, la cual será objeto de revisión por el supervisor del contrato quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad y en caso que la cotización del contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como urgentes los cuáles serán sujetos a verificación por Auditoría Médica debiendo ser reportados al Grupo de redes integrales - Oficina de referencia y contrarreferencia a los siguientes correos: deara.upres-rco@policia.gov.co y a través de la plataforma establecida, cuyo ingreso se hace a través de la página web: 201.221.132.98:8081 mediante la cual se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente sobre referencia y solicitud de autorizaciones Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

_____

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del Representante legal

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

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 la Parte 2 – Titulo 1 – Capitulo 1 – Sección 1 – Subsección 6 del Decreto 1082 de 2015.

GARANTÍAS DEL PROCESO

Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **Al término de la vigencia de cada uno de los amparos EL CONTRATISTA deberá adicionar UN (1) MES más**, con el fin de garantizar que los términos de la garantía única cubran la totalidad de lo exigido y de esta manera prevenir la ampliación de los mismos ocasionada por el lapso que transcurre desde el momento de la suscripción del contrato y el cumplimiento de los requisitos de ejecución

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
Garantía única	Riesgo jurídico	Cumplimiento del contrato	Veinte por ciento (20%) del valor del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y seis (6) meses más.	Ampara el riesgo de incumplimiento durante el plazo de ejecución y liquidación del contrato la estimación del riesgo cubre el 20% del valor del contrato como quiera que se pretende el pago parcial o definitivo de los perjuicios que cause a la entidad en los mismos términos de la cláusula penal pecuniaria.
Garantía única	Riesgo operativo	Calidad del servicio	Cincuenta por ciento (50%) del valor de los estudios.	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y (1 año más)	Ampara el riesgo de mala calidad del servicio de consultoría durante la vigencia del contrato y 1 año más buscando resarcir el detrimento causado a la entidad por mala calidad o insuficiencia del servicio entregado.
Garantía única	Riesgo jurídico	Pago de salarios y prestaciones sociales	5% del valor del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y (3 años más)	Ampara el riesgo de incumplimiento de las obligaciones laborales a que está obligado el contratista, relacionadas con el personal contratado por este para la ejecución del contrato.
Póliza de responsabilidad civil extra-contractual	Riesgo financiero	Responsabilidad civil extra-contractual	Doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes (200 SMLMV) al momento de la expedición de la póliza.	Contratista	Vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato	Ampara los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución del contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas. La póliza deberá contener como mínimo, amparo de la responsabilidad extracontractual que se pudiera llegar a atribuir a la administración con ocasión de las actuaciones, hechos u omisiones de sus contratistas o subcontratistas contemplados en el artículo 114 de decreto 1082 del 26 mayo de 2015.

NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5. -RASES- SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR. DEBE INCLUIRSE A LA UNIDAD COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO

LA ENTIDAD ASEGURADORA, RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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

ANEXO No. 3

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Responder en los plazos que la Unidad Prestadora de Salud Arauca, establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
2. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social integral y parafiscales (cajas de compensación familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
3. Constituir en debida forma y aportar al grupo de contratos la Unidad Prestadora de Salud Arauca, o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la garantía única y responsabilidad civil. En este evento la entidad estatal mediante acto administrativo debidamente motivado, podrá contratar, dentro de los quince (15) días siguientes, al proponente calificado en segundo lugar, siempre y cuando su propuesta sea igualmente favorable para la entidad.
4. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
5. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Unidad Prestadora Arauca, y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
6. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
7. El contratita se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente, así mismo en el caso de cambio de representante legal.
8. Restituir a la Unidad Prestadora de Salud Arauca, los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.
9. Sostener y mantener las tarifas ofertadas durante todo el plazo de ejecución del futuro contrato que se suscriba como resultado de la adjudicación.
10. Realizar puntualmente los pagos y aportes de seguridad social a las personas que realicen los servicios a contratar, según corresponda de acuerdo a la normatividad vigente.
11. El CONTRATISTA a partir del inicio de la ejecución del contrato, deberá cargar en la plataforma Colombia Compra Eficiente SECOP II las facturas y presentar en la ventanilla única de central de cuentas del grupo financiero de la Unidad Prestadora de Salud Arauca del Comando del Departamento de Policía Arauca, la facturación en medio físico de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato, dicha facturación deberá ser radicada a más tardar el día 10 de cada mes, si pasado el mes vencido de la ejecución del contrato la entidad contratada no radica facturación, el contratista deberá presentar mediante un oficio dirigido al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las razones por las cuales no se cumplió con mencionada obligación informando a su vez el servicio prestado en ese mes.
12. El CONTRATISTA está en la obligación de darle aplicabilidad a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo, presentando las facturas de los servicios prestados ante la unidad prestadora de salud Arauca, en una CARPETA BLANCA CUATRO ALETAS PARA ARCHIVO, REFORZADAS CON TELA COLETA, PLASTIFICADA EN CARAS EXTERNA Y RESPECTIVO GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO. Los documentos objeto de foliación, deben ser depurados, es decir, se les deben retirar copias o duplicados idénticos, folios en blanco, documentos de soporte o apoyo, material metálico (ganchos legajadores de metal, clips de metal o grapas), papel químico, si hubiere. Las carpetas que no cumplan con las especificaciones anteriormente dispuestas serán devueltas desde la ventanilla de radicación de la unidad prestadora de salud Arauca.
13. Informar por escrito al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en setenta (70%) por ciento y un cien (100%) por ciento ejecutado. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar presupuesto al contrato, lo anterior es con el fin de evitar la sobre ejecución del contrato y evitar incurrir en faltas penales de igual forma evitar que se presenten facturas que no cuenten con el respaldo presupuestal y contractual. Una vez agotado el presupuesto asignado al contrato, el contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificada. El servicio que se preste posterior a la terminación presupuestal del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.
14. Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio, será asumida como responsabilidad del CONTRATISTA, y sobre el particular como la periodicidad con que se debe presentar informes.
15. El contratista se obliga a prestar con oportunidad los servicios de valoración y procedimientos ofrecidos, contando con un profesional en el horario señalado en el Anexo **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**
16. El contratista permitirá el acceso a los funcionarios del grupo de garantía de la calidad, auditoría de cuentas, al líder de referencia y contrarreferencia, al igual que el médico concurrente con el fin de que supervisen la atención a los usuarios y beneficiarios del SSPN, cuando se requiera.

17. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
18. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado y que el Contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario así se encuentre entre el listado contractual y tarifado. Requerirá el aval por parte del GRUPO DE REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD O REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA UPRES ARAUCA la única dirección electrónica válida para este proceso es deara.upres-rco@policia.gov.co o mediante la web: **201.221.132.98:8081** (aplicativo de Referencia y Contrareferencia) sin que se convierta en un obstáculo para la atención cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario.
19. Todo servicio electivo fuera del plan de beneficios del SSPN debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN) para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN (se adjunta a la presente invitacion como anexo) y remitirlo a la Oficina de REGIONAL REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD O A LA OFICINA DE REFERENCIA DE LA UPRES DEARA para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. NO SE ADMITEN FORMATOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario. Orden judicial o tutela. Se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente.
20. Estar dispuestos a suministrar información para dar cumplimiento a los diferentes entes de control y nivel central
21. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".
22. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional, medicina laboral y demás, generando el apoyo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 RASES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.
23. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato. Cuando haya lugar.
24. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
25. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos. Con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios. Prevenir. Mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.
26. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones. Oficios. Avisos. y demás actos proferidos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Etc.
27. El oferente prestará los SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA contenidas en el presente objeto a todos los usuarios adscritos al Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos al Departamento de Policía Arauca, bajo los principios de la eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite.
28. El oferente prestará el servicio siempre y cuando el usuario presente orden de servicio debidamente diligenciada y firmada por el profesional responsable tratante con su firma y sello; firma y sello del líder de autorizaciones, referencias y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Arauca; firma del paciente y anexar fotocopia del carné Policial (vigente) o constancia expedida por la oficina de recursos humanos del Departamento de Policía Arauca y el documento de identidad (cédula, tarjeta de identidad y registro civil).
29. Deberá contar con un sistema de información estadístico para el manejo de datos, el cual debe incluir entre otros los siguientes parámetros datos generales del paciente: (nombre completo, identificación, edad, sexo, tipo de vinculación, lugar de residencia), tipo(s) de procedimiento(s) efectuado(s), valor facturado(s). Se debe a llegar la información en medio magnética e impreso a la Unidad Prestadora de Salud Arauca cuando se requiera.
30. El oferente deberá sostener los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del contrato.
31. El oferente debe garantizar que el servicio prestado sea acorde con el contratado con nuestra institución con criterios de oportunidad, eficacia, efectividad, eficiencia y racionalidad.
32. Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), de acuerdo a las necesidades requeridas a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional, que acrediten debidamente su derecho. Y la formulación de medicamentos, teniendo como referencia el Acuerdo 080 del 27 de mayo de 2022, manual único de medicamentos para el SSPM y de la Policía Nacional y/o el que se encuentre vigente en el momento de la contratación. En caso de cambio o modificaciones se acogerá al mismo.
33. El oferente prestará el servicio siempre y cuando el usuario presente orden de servicio debidamente diligenciada y firmada por el profesional responsable tratante con su firma y sello; firma y sello del líder de autorizaciones, referencias y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Arauca; firma del paciente y anexar fotocopia del carné Policial (vigente) o constancia expedida por la oficina de recursos humanos del Departamento de Policía Arauca y el

documento de identidad (cédula, tarjeta de identidad y registro civil).

34. El oferente permitirá a funcionarios del grupo de garantía de la calidad e información al usuario de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las auditorias necesarias para el mejoramiento del servicio, al igual que la auditoria concurrente que definirá la pertinencia de la atención.
35. Deberá contar con un sistema de información estadístico para el manejo de datos, el cual debe incluir entre otros los siguientes parámetros datos generales del paciente: (nombre completo, identificación, edad, sexo, tipo de vinculación, lugar de residencia), tipo(s) de procedimiento(s) efectuado(s), valor facturado(s). Se debe a llegar la información en medio magnética e impreso a la Unidad Prestadora de Salud Arauca cuando se requiera.
36. Prestar con oportunidad los servicios objeto del presente proceso, en caso de no disponer del servicio en determinado momento debe garantizar la prestación del mismo mediante instituciones de referencia sin que se altere la tarifa pactada.
37. Garantizar oportunidad en el servicio en el horario comprendido de lunes a viernes entre las 08:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m. - 06:00 p.m. y los sábados de 08:00 am a 12:00 pm.
38. Prestar con oportunidad los servicios objeto del presente proceso, en caso de no disponer del servicio en determinado momento debe garantizar la prestación del mismo mediante instituciones de referencia sin que se altere la tarifa pactada.
39. Para la prestación del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento:

a. Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; debidamente diligenciada por el profesional solicitante y autorizado por el funcionario competente de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudiente.
b. El usuario debe presentar documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad).
c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).
d. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la grupo de redes integrales - oficina de referencia y contrarreferencia del grupo de redes integradas en servicios de salud, la única dirección electrónica válida para este proceso es desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. Para las solicitudes de atenciones de urgencias disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos
e. Todo bien o servicio fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del Nivel Central DISAN), para lo cual el especialista de la entidad Contratista que solicite un procedimiento o medicamento que este fuera del Plan de Beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá diligenciar completamente el formato de autorización de procedimientos o medicamentos que están fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Formato que se encuentra en el anexo de la presente invitacion) y entregarlo al usuario en el momento de la consulta o de la atención médica con copia de historia clínica, orden del médico tratante o fórmula médica original, soportes de estudios realizados, se hace claridad que el formulario debe estar completamente diligenciado con datos de usuario y médico tratante en letra imprenta legible, estos documentos los entregará el usuario a la oficina de referencia y contrareferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 ubicada en la ciudad de Bucaramanga, para que se adelante el trámite ante el Comité Técnico Científico del Nivel Central. No se admiten formatos institucionales del Contratista, solo cuando una orden judicial, tutela o la condición clínica del paciente amerite la administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la oficina de referencia y contrareferencia con posterioridad, en el formato de justificación ante Comité Técnico Científico diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

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

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

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

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

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

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

40. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Regional, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
41. El Contratista deberá prestar los servicios de salud en las mejores condiciones y con la oportunidad disponible de acuerdo a su capacidad operativa, de acuerdo a lo establecido en las Resoluciones 256 de 2.016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular único título II de SUPERSALUD https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../abece-resolucion-256-de-2016.pdf.
42. Para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer se obedecerán las "instrucciones PRIMERA y SEGUNDA" impartidas dentro de la circular externa N° 004 SUPERSALUD del 17 de julio de 2014
43. La entidad Contratista deberá aplicar el principio de racionalidad para la realización y práctica de todos los procedimientos anteponiendo el concepto de calidad, esto es lograr los máximos beneficios, con mínimos riesgos, pero a costos razonables.
44. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.
45. Entregar al usuario reporte de resultados para continuar el manejo terapéutico del paciente, cuando lo amerite, a través del proceso y formato del Grupo de redes integrales - Referencia y Contrareferencia.
46. El Contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste, la no existencia de facturación pendiente por radicar en la regional de aseguramiento en salud nº 5 y que se encuentra apto para la liquidación del contrato.
47. El contratista deberá expedir certificación mensual en la cual conste que no tiene facturas pendientes con los servicios del mes prestados.
48. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.
49. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
50. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"* y la Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo"*.
51. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.
52. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
53. El Contratista deberá suministrar los elementos de protección personal de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
54. Dar cumplimiento a la normatividad expedida por las autoridades competentes respecto de las normas de bioseguridad en la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
55. Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso

directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial

56. El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

ANEXO No. 4
OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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

2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto. Exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

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

4. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. Para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

6. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

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

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

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

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

11. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO N° 5

FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA- RELACION DEL TALENTO HUMANO

Ciudad, _____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Certificado de capacidad técnica del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO 1:PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA GRUPO 2:PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).**

NOMBRE DEL PROFESIONAL	PROFESIÓN	N° DE MATRÍCULA PROFESIONAL	NÚMERO Y AÑO DEL CONTRATO LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	VIGENCIA DEL CONTRATO
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

El proponente:

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

Nota: Los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento.

ANEXO N° 6.

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo _____, representante legal de la_____, certifico que la entidad que represento, cuenta con los medios, infraestructura, elementos y recursos necesarios para cumplir con el objeto del presente proceso contractual que es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO 1: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA**

.

Yo _____, representante legal de la_____, certifico que la entidad que represento, cuenta con los medios, infraestructura, elementos y recursos necesarios para cumplir con el objeto del presente proceso contractual que es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO 2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).**

.

El proponente:

_____

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

ANEXO N° 7
FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO 1: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA GRUPO 2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).**

.

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

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

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

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

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

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

- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.

• Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.

• Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.

• Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.

• Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.

• Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

El proponente:

_____

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

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

ANEXO N° 8

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

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

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

Así mismo, adjuntamos los siguientes documentos:

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

Atentamente:

_____

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

ANEXO N° 9
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

La empresa..... se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso de **Mínima Cuantía No. PN RASES N°5 MIC 078 2024**, durante la vigencia de la aceptación de oferta si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO 1: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA**

La empresa..... se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso de **Mínima Cuantía No. PN RASES N°5 MIC 078 2024**, durante la vigencia de la aceptación de oferta si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO 2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS)..**

Atentamente,

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

ANEXO No. 10
OFERTA ECONÓMICA

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO APLICABLE A CADA ÍTEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO IVA INCLUIDO
1	**GRUPO No. 1** PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA , MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA	_____%
2	**GRUPO No. 2** PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).	

GRUPO 1

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	**PTERINAS, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE	$725.700
2	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	$100.200
3	**URODINAMIA ESTANDAR	$341.260
4	**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD Incluye: ANALISIS DEL SITIO DE LA LESION	$124.121
5	**TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	$27.900
6	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Incluye: OPTOMETRIA, TONOMETRIA Y VALORACION ORTOPTICA LIMITADA O INICIAL, PRESCRIPCION DE TECNICAS O AYUDAS OPTICAS VISUALES, REMISION PARA: EVALUACION ORTOPTICA, ADAPTACION Y AJUSTE DE PROTESIS O AYUDAS OPTICAS V	$30.000
7	**ANALISIS DE AZUCARES Y DERIVADOS	$39.100
8	**PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$214.121
9	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$65.000
10	**EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	$40.000
11	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	$72.600
12	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$94.900
13	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$105.000
14	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION Incluye: AQUEL EN DETECCION DE ENFERMADES CUTANEAS COMO HERPES SIMPLE, ACANTALOSIS, AMPOLLOSAS ENTRE OTRAS CAUSAS, MEDIANTE PRUEBAS COMO TZANK U OTRAS	$30.000
15	**HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$50.200
16	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA	$98.300
17	**HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$50.200
18	**TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	$44.700
19	**CUMARINICOS Incluye: OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES A LA WARFARINA	$78.200
20	**WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$70.000
21	**WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$168.830
22	**ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$55.800
23	**BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.700
24	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$302.194
25	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$302.194
26	**LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$94.900
27	**LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.900
28	**OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS	$67.000
29	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$142.900
30	**BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)	$1.286.070
31	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO	$815.100
32	**CARIOTIPO CON BANDEO G	$357.300
33	**CARIOTIPO CON BANDEO Q	$318.200
34	**CARIOTIPO CON BANDEO C	$318.200
35	**CARIOTIPO CON BANDEO RT	$357.300
36	**CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]	$401.900
37	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	$357.300
38	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	$323.800

39	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	$357.300
40	**ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	$1.543.000
41	**ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	$1.543.000
42	**PRUEBA DE CROMATINA	$67.000
43	**Aspergillus, ANTICUERPOS POR LATEX	$33.500
44	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$129.636
45	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.700
46	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$83.700
47	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$84.900
48	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50.200
49	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$598.073
50	**Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$50.200
51	**Echinococcus ANTICUERPOS	$33.500
52	**Coccidioides ANTICUERPOS	$39.100
53	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$12.300
54	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS MANUAL	$12.300
55	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$16.500
56	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$19.000
57	**ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA	$47.200
58	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	$90.400
59	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$38.500
60	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$76.200
61	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$82.400
62	**FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4	$21.000
63	**CURVA DE LACTOSA	$234.500
64	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$12.300
65	**ALDOLASA	$32.800
66	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	$36.800
67	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	$20.400
68	**ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$20.400
69	**ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$20.400
70	**ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$73.508
71	**ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$102.729
72	**APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$113.900
73	**APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	$113.900
74	**BETA TROMBOGLOBULINA	$50.200
75	**LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.000
76	**LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUIMICA	$96.000
77	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$120.000
78	**LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.900
79	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$55.800
80	**MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$58.100
81	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$55.800
82	**MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$55.800
83	**PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$165.200
84	**PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$165.200
85	**PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$165.200
86	**PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$165.200
87	**CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$26.800
88	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$14.500
89	**COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA Incluye: Cryptococcus neoformans	$15.600
90	**COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$67.000
91	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$27.900
92	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$65.000
93	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$100.000
94	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$74.100
95	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$110.000
96	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$100.000
97	**MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$90.000
98	**Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$90.000
99	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$61.400
100	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$11.200
101	**Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$262.500
102	**COLIGLICINA	$53.600
103	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$121.295
104	**FRUCTOSAMINA	$27.900
105	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$51.400
106	**HEMOSIDERINA EN ORINA	$46.900
107	**ISOLEUCOAGLUTININAS	$21.200

108	**SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.000
109	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$40.200
110	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$40.200
111	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$123.900
112	**COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$358.400
113	**COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$72.600
114	**ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	$66.400
115	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	$84.900
116	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	$84.900
117	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$73.100
118	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$50.800
119	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$40.200
120	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$87.729
121	**FAGOCITOSIS ESTUDIO	$16.200
122	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$279.984
123	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$222.200
124	**INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$43.500
125	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	$145.802
126	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$40.200
127	**Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA RAPIDA O DIRECTA)	$40.000
128	**FENILALANINA CUALITATIVA	$50.084
129	**GALACTOSA	$22.300
130	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL	$70.300
131	**Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$32.400
132	**Adenovirus ANTIGENO	$59.200
133	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$21.200
134	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.300
135	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$70.300
136	**Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	$10.000
137	**Shiguella SEROTIPIFICACION	$25.700
138	**Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACION	$25.700
139	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION	$20.100
140	**Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD	$277.660
141	**PRUEBA DE CONCENTRACION BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS	$31.300
142	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	$50.200
143	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$11.200
144	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$20.000
145	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$33.500
146	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$33.500
147	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$33.500
148	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$38.000
149	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	$38.000
150	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$330.500
151	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$256.800
152	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.000
153	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$96.000
154	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$96.000
155	**QUERATINA ANTICUERPOS	$77.000
156	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
157	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
158	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
159	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$40.200
160	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.100
161	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$40.200
162	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.100
163	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.500
164	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$59.200
165	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53.100
166	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$516.900
167	**AGLUTININAS AL CALOR	$10.000
168	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$63.600
169	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$86.000
170	**Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCION DEL PROVIRUS REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$392.721
171	**Citomegalovirus CARGA VIRAL	$230.573
172	**Hepatitis B CARGA VIRAL	$271.030
173	**Hepatitis C CARGA VIRAL	$264.984
174	**Herpes simplex CARGA VIRAL	$319.100

175	**Coxsackie A IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$112.800
176	**Coxsackie B IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$112.800
177	**Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$249.984
178	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$242.431
179	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$22.300
180	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$22.300
181	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	$58.100
182	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$61.400
183	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$61.400
184	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$61.400
185	**DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$8.900
186	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$10.600
187	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$22.300
188	**FACTOR III PLAQUETARIO	$35.700
189	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$22.300
190	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$88.311
191	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$88.311
192	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$88.311
193	**FACTOR X [STUART PROWER]	$88.311
194	**FACTOR XI [PTA]	$88.311
195	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$88.311
196	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$133.311
197	**HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	$219.534
198	**HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]	$114.853
199	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
200	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$50.200
201	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$38.700
202	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$69.200
203	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	$61.400
204	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$61.400
205	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$9.800
206	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$13.400
207	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$13.400
208	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$40.200
209	**PLASMINA [FIBRINOLISINA]	$35.700
210	**PLASMINOGENO	$40.200
211	**PRECALICREINA	$528.941
212	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$40.200
213	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	$72.600
214	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$72.600
215	**PRUEBA DE PROTAMINA	$51.400
216	**RETRACCION DE COAGULO	$12.300
217	**TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	$12.300
218	**TIEMPO DE COAGULACION	$10.000
219	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$33.500
220	**TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$5.000
221	**TIEMPO DE TROMBINA	$8.900
222	**CELULAS L.E.	$16.300
223	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$10.600
224	**ERITROPOYETINA	$50.200
225	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$12.300
226	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	$13.300
227	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$44.700
228	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$32.400
229	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$32.400
230	**LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	$23.400
231	**LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 nm)	$47.200
232	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$46.900
233	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	$56.300
234	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$59.200

235	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	$27.900
236	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$31.300
237	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$51.400
238	**COPROLOGICO	$6.700
239	**COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	$35.700
240	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$17.300
241	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	$7.300
242	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$10.000
243	**RECUENTO HAMBURGUER	$20.100
244	**UROANALISIS	$14.000
245	**ESPERMOGRAMA BASICO Incluye: MORFOLOGIA Y RECUENTO	$51.400
246	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$155.336
247	**HEMOGLOBINA A 2	$79.121
248	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$27.900
249	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$72.000
250	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$90.400
251	**Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92.100
252	**CALCIO AUTOMATIZADO	$17.900
253	**CALCIO IONICO	$40.000
254	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$40.200
255	**IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	$100.500
256	**ZINC	$53.600
257	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$53.600
258	**VITAMINA A [RETINOL]	$112.800
259	**VITAMINA B1 [TIAMINA]	$112.800
260	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$112.800
261	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$112.800
262	**VITAMINA E [TOCOFEROL]	$112.800
263	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$8.900
264	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$15.600
265	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$50.200
266	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]	$78.200
267	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$24.800
268	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$27.400
269	**CREATINA	$13.400
270	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$8.300
271	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$73.700
272	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$112.800
273	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$14.500
274	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$14.500
275	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$8.900
276	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$17.900
277	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$13.400
278	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$20.200
279	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$16.700
280	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$34.600
281	**CLORO	$8.400
282	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$8.400
283	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$23.400
284	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$27.900
285	**COLESTEROL TOTAL	$27.900
286	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$25.000
287	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$19.000
288	**CREATININA DEPURACION	$19.000
289	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$12.800
290	**DESHIDROGENASA LACTICA	$16.200
291	**Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$80.400
292	**Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.000
293	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$78.200
294	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$88.200
295	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$88.200
296	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60.300
297	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$60.300
298	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60.300
299	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$60.300
300	**Dengue ANTICUERPOS Ig G	$33.500
301	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45.800

302	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
303	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
304	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
305	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
306	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
307	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$6.700
308	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$46.300
309	**FOSFATASA ACIDA	$17.300
310	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	$47.500
311	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$47.500
312	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$15.100
313	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$23.400
314	**GLUCOSA EN ORINA	$13.400
315	**LIPASA	$31.800
316	**LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$45.200
317	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$19.000
318	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$11.200
319	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$52.500
320	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
321	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60.300
322	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$125.000
323	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$107.200
324	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$125.000
325	**FOSFATASA ALCALINA	$14.700
326	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$16.700
327	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$15.900
328	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$24.800
329	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA	$33.500
330	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$35.700
331	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894	$65.900
332	**GLUCOSA TEST O¿ SULLIVAN	$37.400
333	**HIERRO TOTAL	$40.200
334	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$53.600
335	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$58.200
336	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$51.600
337	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$57.600
338	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$56.300
339	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$19.000
340	**NITROGENO UREICO	$10.600
341	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$10.600
342	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$33.500
343	**CAFEINA AUTOMATIZADO	$39.800
344	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO	$39.800
345	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$25.500
346	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$70.600
347	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$70.600
348	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$30.700
349	**CIANUROS AUTOMATIZADO	$30.700
350	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$29.000
351	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$29.000
352	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL	$43.500
353	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$44.700
354	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS	$51.900
355	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$78.200
356	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$78.200
357	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$38.000
358	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$90.400
359	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.700
360	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.700

361	**Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
362	**Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
363	**Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
364	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$95.800
365	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$70.300
366	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$70.300
367	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$74.800
368	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$74.800
369	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.700
370	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$77.200
371	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$118.400
372	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$43.000
373	**CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$113.700
374	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$165.200
375	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$165.200
376	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$165.200
377	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$165.200
378	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$165.200
379	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$165.200
380	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$165.200
381	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	$165.200
382	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92.700
383	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$69.200
384	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$110.000
385	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$33.500
386	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$11.200
387	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$10.600
388	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$10.000
389	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$27.400
390	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$24.000
391	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$24.000
392	**TRIGLICERIDOS	$15.100
393	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$128.400
394	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$78.200
395	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$17.900
396	**TIROGLOBULINA	$45.000
397	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$60.300
398	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$35.700
399	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$47.200
400	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$57.500
401	**Dengue ANTICUERPOS Ig M	$30.700
402	**ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	$61.400
403	**PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	$50.000
404	**PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA	$52.500
405	**LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	$30.700
406	**PRUEBA DE INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	$29.500
407	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	$30.700
408	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$29.300
409	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$27.600
410	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$31.100
411	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$23.400
412	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION	$54.200
413	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	$54.200
414	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$362.258
415	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$40.200
416	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	$31.400
417	**Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$86.000
418	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$79.500
419	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$74.200
420	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$34.600
421	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$34.600
422	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39.300
423	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39.300
424	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$443.600
425	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$29.200
426	**HEMOGLOBINA PLASMATICA	$39.300
427	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$17.200
428	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$26.800

429	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$11.700
430	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$23.800
431	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$5.600
432	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$22.300
433	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.300
434	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$98.300
435	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$93.800
436	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA	$93.800
437	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$109.600
438	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$109.600
439	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.300
440	**LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$98.300
441	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.300
442	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$98.300
443	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.300
444	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$98.300
445	**Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$44.700
446	**Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.300
447	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19	$52.100
448	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$75.700
449	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.600
450	**DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$73.700
451	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$67.500
452	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$43.000
453	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$42.400
454	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$90.400
455	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$71.400
456	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$19.500
457	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$42.400
458	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$42.400
459	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$42.400
460	**AGLUTININAS AL FRIO	$11.700
461	**COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$29.000
462	**COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$25.700
463	**COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	$25.700
464	**COLORACION GIEMSA Y LECTURA	$25.700
465	**COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	$25.700
466	**COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia	$28.100
467	**Actinomyces CULTIVO	$27.900
468	**Bordetella pertussis CULTIVO	$31.800
469	**Brucella CULTIVO	$35.700
470	**Clostridium botulinum CULTIVO	$51.400
471	**Clostridium difficile CULTIVO	$51.400
472	**Corynebacterium differiae CULTIVO	$49.100
473	**Cryptococcus neoformans CULTIVO	$35.700
474	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$53.900
475	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$33.500
476	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$29.000
477	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$49.100
478	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$22.300
479	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$22.300
480	**HEMATOCRITO	$3.300
481	**HEMOGLOBINA	$9.500
482	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$10.000
483	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$19.000
484	**PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$11.200
485	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$12.300
486	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$7.300
487	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$12.300
488	**TITULO ANTI D	$30.100
489	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$23.400
490	**ALFA 2 MACROGLOBULINA	$20.100
491	**ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$74.700
492	**BICARBONATO	$38.000

493	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$27.900
494	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$27.900
495	**CAROTENOS	$22.300
496	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.300
497	**LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$98.300
498	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.300
499	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$98.300
500	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.300
501	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$98.300
502	**ANGIOTENSINA II	$40.200
503	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$60.300
504	**RENINA TOTAL	$78.200
505	**HORMONA ANTIDIURETICA	$159.700
506	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$58.100
507	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$175.300
508	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$175.000
509	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$156.300
510	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	$160.800
511	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$55.800
512	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	$14.900
513	**ANTICOAGULANTE LUPICO	$56.300
514	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$61.400
515	**DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$11.700
516	**FIBRINOGENO	$18.400
517	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	$43.000
518	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$77.500
519	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$33.500
520	**TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	$3.900
521	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$11.200
522	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$6.700
523	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$4.700
524	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$8.000
525	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$22.300
526	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$10.000
527	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$12.300
528	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$6.900
529	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$49.100
530	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$55.800
531	**CULTIVO PARA VIRUS	$192.000
532	**Helicobacter pylori CULTIVO	$58.100
533	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$62.900
534	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$62.900
535	**HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION	$62.900
536	**HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$62.900
537	**Legionella CULTIVO	$30.100
538	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$48.000
539	**ESTRICNINA AUTOMATIZADO	$61.400
540	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$60.300
541	**MERCURIO AUTOMATIZADO	$60.300
542	**METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39.100
543	**METACUALONA MANUAL	$39.100
544	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28.400
545	**METADONA MANUAL	$26.800
546	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$35.000
547	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$35.000
548	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$32.400
549	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$32.400
550	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$22.900
551	**FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	$14.000
552	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO	$23.400
553	**HOMOCISTEINA	$94.900
554	**HIDROXIPROLINA EN ORINA	$73.700

555	**FERRITINA	$48.000
556	**ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$61.400
557	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$112.800
558	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$112.800
559	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$78.200
560	**HORMONA LUTEINIZANTE	$42.000
561	**PROLACTINA	$78.200
562	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$27.900
563	**ESTRADIOL	$68.100
564	**PROGESTERONA	$71.500
565	**TESTOSTERONA TOTAL	$67.000
566	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$62.500
567	**INSULINA (CADA MUESTRA)	$75.900
568	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$60.300
569	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$60.300
570	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$35.000
571	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$100.500
572	**TIROXINA LIBRE	$56.900
573	**TIROXINA TOTAL	$56.900
574	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$12.300
575	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30.100
576	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$86.000
577	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$86.000
578	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$14.500
579	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$48.000
580	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$80.400
581	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$71.500
582	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluyè: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$17.900
583	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$83.700
584	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$83.700
585	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$52.500
586	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$53.600
587	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$49.700
588	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS	$51.400
589	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$30.100
590	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$30.100
591	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA	$51.600
592	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	$39.100
593	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$53.000
594	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$53.000
595	**PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	$35.700
596	**PIRETRINAS MANUAL	$45.800
597	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$45.800
598	**PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$45.800
599	**PIRETROIDES MANUAL	$45.800
600	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$80.900
601	**PRIMIDONA MANUAL	$80.900
602	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$46.900
603	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$46.900
604	**QUININA SEMIAUTOMATIZADO	$29.000
605	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$2.663.300
606	**Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$25.700
607	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$27.900
608	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$152.920
609	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$149.800
610	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$91.600
611	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$22.300
612	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41.300
613	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$41.300
614	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$112.800
615	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$112.800
616	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO	$32.400
617	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.700
618	**TRIYODOTIRONINA LIBRE	$55.800
619	**TRIYODOTIRONINA TOTAL	$55.800
620	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$84.900
621	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$88.200
622	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$88.200

623	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40.000
624	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.400
625	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.400
626	**Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.700
627	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.400
628	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$72.600
629	**Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.400
630	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.400
631	**Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$103.800
632	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.700
633	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$79.500
634	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$74.200
635	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$84.900
636	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$90.400
637	**FENCICLIDINA	$27.900
638	**AMIKACINA AUTOMATIZADO	$35.700
639	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$54.700
640	**KANAMICINA AUTOMATIZADO	$35.700
641	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$35.700
642	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$52.500
643	**DIGOXINA AUTOMATIZADO	$65.900
644	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$65.900
645	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$73.100
646	**RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES Incluye: BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA	$65.900
647	**SALICILATOS AUTOMATIZADO	$29.000
648	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$29.000
649	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	$35.700
650	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$44.700
651	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$34.600
652	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$78.400
653	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$78.400
654	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$78.400
655	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$78.400
656	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$78.400
657	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.800
658	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66.900
659	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$63.600
660	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$55.800
661	**Influenza ANTIGENO	$49.100
662	**Legionella spp ANTIGENO	$100.500
663	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO	$42.400
664	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	$30.100
665	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$19.000
666	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$75.900
667	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	$75.900
668	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL	$33.500
669	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$24.100
670	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$122.300
671	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$46.900
672	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.000
673	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.000
674	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.900
675	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60.300
676	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$89.300
677	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.400
678	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$61.400
679	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.500
680	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$109.400
681	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$165.200
682	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$132.900
683	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$132.900
684	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$150.700
685	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$134.000
686	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40.800
687	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$60.300
688	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$13.400
689	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$76.500
690	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$54.200
691	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$54.200

692	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$70.300
693	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$39.100
694	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$39.100
695	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$46.900
696	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$46.900
697	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	$33.500
698	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$33.500
699	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33.500
700	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$50.200
701	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$27.700
702	**BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS	$60.300
703	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS	$10.000
704	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$86.000
705	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$24.000
706	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42.400
707	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$14.900
708	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$7.800
709	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$11.200
710	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$17.900
711	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$18.400
712	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$68.100
713	**Neisseria meningitidis CULTIVO	$48.000
714	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS	$31.300
715	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	$62.300
716	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	$62.300
717	**Yersinia enterocolltica CULTIVO	$34.600
718	**Trichomona CULTIVO	$48.000
719	**BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	$155.200
720	**Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	$22.300
721	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR	$11.200
722	**HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	$23.400
723	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$61.400
724	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA	$61.400
725	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.700
726	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$45.800
727	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$69.200
728	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.885
729	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$67.500
730	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.300
731	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.300
732	**ISOAGLUTININAS	$11.700
733	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$43.500
734	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$43.500
735	**MIOGLOBINA CARDIACA	$26.800
736	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$26.800
737	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$35.700
738	**AMONIO	$32.400
739	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$44.700
740	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$32.400
741	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$49.700
742	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$33.500
743	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$25.500
744	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$44.700
745	**OPIACEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEINA	$49.100
746	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$149.600
747	**ANDROSTENEDIONA	$109.400
748	**ANDROSTERONA EN ORINA	$74.800
749	**ESTRIOL	$69.200
750	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$15.000
751	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$6.700
752	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$12.300
753	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$12.300
754	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$7.800
755	**HEMOGLOBINURIA	$22.300
756	**RECUENTO DE ADDIS	$12.300
757	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$12.300
758	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$29.600

759	**ASPARTILCILASA, EN LEUCOCITOS	$105.000
760	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	$21.200
761	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	$96.000
762	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$40.200
763	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$38.000
764	**ACIDO OROTICO	$57.500
765	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO	$59.200
766	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	$56.900
767	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$56.900
768	**Leptospira SEROTIPIFICACION	$30.100
769	**Listeria SEROTIPIFICACION	$36.800
770	**Mycobacterium IDENTIFICACION	$87.100
771	**Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO	$87.100
772	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX	$43.500
773	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$91.600
774	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$91.600
775	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
776	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
777	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.700
778	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.900
779	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.900
780	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$141.800
781	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.300
782	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.700
783	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$100.500
784	**OSTEOCALCINA	$38.000
785	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$53.600
786	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$24.600
787	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$20.100
788	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$75.900
789	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$21.200
790	**ACIDOS BILIARES TOTALES	$36.800
791	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$12.300
792	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$34.600
793	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$53.600
794	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$56.600
795	**ACIDO FORMICO EN ORINA	$69.200
796	**ESTRIOL LIBRE	$69.200
797	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$39.600
798	**TESTOSTERONA LIBRE	$73.700
799	**INSULINA LIBRE	$30.100
800	**PROINSULINA	$264.600
801	**SOMATOSTATINA	$178.600
802	**ALDOSTERONA	$115.000
803	**ALDOSTERONA EN ORINA	$115.000
804	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$91.600
805	**CETOESTEROIDES 17	$65.900
806	**DEHIDROEPINANDROSTERONA	$100.500
807	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$30.100
808	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$62.500
809	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$74.800
810	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$54.700
811	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$32.400
812	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	$56.800
813	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	$56.800
814	**CISTINA CUANTITATIVA	$113.300
815	**FENILALANINA CUANTITATIVA	$19.000
816	**TIROSINA TEST CON RAIZ DE CABELLO	$36.300
817	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$27.900
818	**GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$22.300
819	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$67.000
820	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$93.800
821	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$243.104
822	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$22.300
823	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$367.200
824	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$98.300
825	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$100.500
826	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$100.500
827	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30.100
828	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30.100

829	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$87.100
830	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$87.100
831	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.900
832	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.900
833	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.900
834	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.900
835	**Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$26.800
836	**Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$20.100
837	**Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$29.736
838	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.344
839	**Actynomices ANTICUERPOS	$68.100
840	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$129.297
841	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$53.600
842	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG G	$78.338
843	**SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENO	$177.140
844	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG M	$78.338
845	**ESPIROMETRIA Incluye: PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE	$61.400
846	**ESPIROMETRIA SIMPLE Y CON BRONCODILATADORES	$50.716
847	**ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	$26.700
848	**AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	$34.779
849	**LOGOAUDIOMETRIA Incluye: RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACION DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCION INTENSIDAD- DISCRIMINACION DEL HABLA	$42.300
850	**INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA) Incluye: TIMPANOMETRIA, GRADIENTE, VOLUMEN FISICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESION DEL OIDO MEDIO Y MEDICION DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)	$40.400
851	**EMISIONES OTOACUSTICAS Incluye: MEDICION CON PRODUCTOS DE DISTORSION, MEDICION CON TRANSIENTES	$46.869
852	BASILOSCOPIA COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE	$21.500
853	HEPATITIS C ANTICUERPOS	$103.800
854	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	$33.500
855	- CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$90.000
856	- TIROIDES MICROSOMALES ANTICUERPOS	$69.200
857	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO EPINANDROSTERONA - DHEA -S04	$50.000
858	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$56.000
859	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$108.000
860	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGG SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$95.000

GRUPO 2

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	$49.350
2	**COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$23.100
3	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$28.350
4	**DETECCION Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN	$264.600

NOTA:

1. SE ADJUDICARÁ EL CONTRATO A LA OFERTA PRESENTADA QUE TENGA EL MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO, APLICADO A TODOS LOS ÍTEMS.
2. EL OFERENTE SOLO DEBE OFRECER UN (01) PORCENTAJE DE DESCUENTO DE MANERA GENERAL PARA TODOS LOS ÍTEMS.
3. EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
4. SE DEBERÁN OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS ANTES MENCIONADOS.
5. PARA EL CONTRATO LOS VALORES QUE TENGAN CENTAVOS, ESTOS SE APROXIMARAN AL VALOR MÁS CERCANO AL PESO.

El proponente:

_____

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

ANEXO No. 11

HOJA DE VIDA DE EQUIPÒS

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

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS					
NOMBRE DEL EQUIPO	**REFERENCIA**	**MARCA**	**AÑO DE FABRICACIÓN**	**MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024**	**MANTENIMIENTO CORRECTIVO 2024**

El proponente:

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

ANEXO No. 12

CERTIFICACIÒN DE IDONEIDAD PERSONAL TECNICO DE LA OFERTA

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

El proponente:

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

ANEXO No. 13
CARTA DE COMPROMISO AMBIENTAL

Bucaramanga,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Avenida 61 N° 10-200, Real de Minas
Bucaramanga

Referencia: Presentación de propuesta para el proceso de mínima cuantía **PN RASES N°5 MIC 078 2024** cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).

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

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

De igual manera me comprometo a:

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

El proponente:

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

ANEXO No. 14

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

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

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

b

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

NOTA: La entrega de resultados de exámenes de I nivel, deberá hacerse en los dos (02) días hábiles siguientes a su realización (excepto los urocultivos), para el caso de los exámenes supraespecializados el tiempo de entrega no podrá ser superior a ocho (08) días hábiles.

Atentamente:

_____

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

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de MINIMA CUANTÍA, Número **PN RASES N°5 MIC 078 2024** cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS). 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 RASES N°5 MIC 078 2024**, convocado por la Regional de aseguramiento en Salud No 5, para la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS), 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 No. 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 ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
5. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.
6. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (**Dirección para notificaciones**): Teléfono(s): Fax Correo Electrónico: _____
8. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro de la aceptación de oferta respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (**Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario**).
9. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
10. El plazo de ejecución de la aceptación de oferta que se derive del presente proceso, se inicia a partir de la aprobación de la garantía única y hasta el vencimiento del plazo o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.
11. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
12. Los valores de la oferta económica son presentados en la plataforma SECOP II.

El proponente:

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

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 _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de MINIMA CUANTÍA, Número **PN RASES N°5 MIC 078 2024** cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS)

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación publica, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.
SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;
TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.
El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,
El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;
El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:
No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.
Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

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

El proponente:

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

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

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

FORMULARIO No. 4
FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS).
El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante , identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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