Nilo Cundinamarca, 06 de marzo de 2025

Señora
TC. ANDREA LORENA PONTIERS PERDOMO
Gerente de Proyecto

Asunto: **EVALUACIÓN ECONÓMICA** PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. MC-147-DMTOL-2025 CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL (AUTORIZADA) EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LA REGIONAL No. 10

A través del presente, el comité económico allega informe de evaluación de la oferta presentada al proceso de la referencia, en los siguientes términos:

El día del cierre se presentó una (1) oferta, así:

OFERTAS (1)

Nombre de la oferta	Proveedor	Fecha de entrega	Valor global
DMT - SERVICIOS DE SALUD MATERNAS PER INATALES - 2025	DUMIAN MEDICAL SAS	6/03/2025 8:59 AM	80.000.000 COP

Oferente: **DUMIAN MEDICAL S.A.S.**
NIT: **805027743-1**

1. VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS DE ORDEN ECONÓMICO			
REQUISITO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN FINANCIERA "SIIF"	**X**		
CERTIFICACIÓN BANCARIA	**X**		
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO (RUT)	**X**		
RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN	**X**		

2. VERIFICACIÓN OFERTA ECONÓMICA

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
1	662102	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	1.891.162,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
2	662201	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	1.720.537,00
3	662203	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	2.553.069,00
4	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO DIU	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	76.167,00
5	721003	PARTO INSTRUMENTADO PAQUETE QUE INCLUYE: 2 DÍAS DE ESTANCIA EN PISO, CON O SIN EPISIORRAFIA, INCLUYE VALORACIÓN OBSTÉTRICA, 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1 CREATININA, 1 BUM, 1 PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 VIH, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIA, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, HONORARIOS CIRUJANO, SALA DE PARTOS, MATERIAL DE CIRUGÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL AMBULATORIO	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.138.500,00
6	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION PAQUETE QUE INCLUYE: 2 DÍAS DE ESTANCIA EN PISO, CON O SIN EPISIORRAFIA, INCLUYE VALORACIÓN OBSTÉTRICA, 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1 CREATININA, 1 BUM, 1 PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 VIH, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIA, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, HONORARIOS CIRUJANO, SALA DE PARTOS, MATERIAL DE CIRUGÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.138.500,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
		PAQUETE. 1 CONTROL AMBULATORIO				
7	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA PAQUETE QUE INCLUYE: 2 DÍAS DE ESTANCIA EN PISO, CON O SIN EPISIORRAFIA, INCLUYE VALORACIÓN OBSTÉTRICA, 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1 CREATININA, 1 BUM, 1 PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 VIH, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIA, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, HONORARIOS CIRUJANO, SALA DE PARTOS, MATERIAL DE CIRUGÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL AMBULATORIO	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.138.500,00
8	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTÁNEO GEMELAR O MÚLTIPLE PAQUETE QUE INCLUYE: 2 DÍAS DE ESTANCIA EN PISO, CON O SIN EPISIORRAFIA, INCLUYE VALORACIÓN OBSTÉTRICA, 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1 CREATININA, 1 BUM, 1 PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 VIH, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIA, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, HONORARIOS CIRUJANO, SALA DE PARTOS, MATERIAL DE CIRUGÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL AMBULATORIO	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.138.500,00
9	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MÚLTIPLE PAQUETE QUE INCLUYE: 2 DÍAS DE	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.236.780,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
		ESTANCIA EN PISO, CON O SIN EPISIORRAFIA, INCLUYE VALORACIÓN OBSTÉTRICA, 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1 CREATININA, 1 BUM, 1 PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 VIH, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIA, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, HONORARIOS CIRUJANO, SALA DE PARTOS, MATERIAL DE CIRUGÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL AMBULATORIO				
10	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO PAQUETE QUE INCLUYE: 2 DÍAS DE ESTANCIA EN PISO, CON O SIN EPISIORRAFIA, INCLUYE VALORACIÓN OBSTÉTRICA, 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1 CREATININA, 1 BUM, 1 PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 VIH, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIA, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, HONORARIOS CIRUJANO, SALA DE PARTOS, MATERIAL DE CIRUGÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL AMBULATORIO	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.138.500,00
11	740001	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL PAQUETE QUE INCLUYE: 1 DIA DE ESTANCIA EN PISO, CONSULTA DE URGENCIAS POR EL MÉDICO GENERAL Y LA VALORACIÓN POR EL GINECOBSTETRA DEL DÍA DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA LA CESÁREA. 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1CREATININA, 1 BUM,	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	3.939.390,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
		1PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 VIH, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, TRANSFUSIÓN DE 1 UNIDAD DE SANGRE, (NO INCLUYE LAS RESERVAS NI PRUEBAS PREVIAS A LAS TRANSFUSIÓN), 1 HEMOGLOBINA Y 1 HEMATOCRITO POST TRANSFUSIÓN, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIO, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, SALA DE CIRUGÍA, HONORARIOS DE CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO, AYUDANTÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, CONTROL AMBULATORIO (1), ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL POST. QX.				
12	740002	CESÁREA CORPORAL PAQUETE QUE INCLUYE: 1 DIA DE ESTANCIA EN PISO, CONSULTA DE URGENCIAS POR EL MÉDICO GENERAL Y LA VALORACIÓN POR EL GINECOBSTETRA DEL DÍA DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA LA CESÁREA. 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1CREATININA, 1 BUM, 1PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 VIH, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, TRANSFUSIÓN DE 1 UNIDAD DE SANGRE, (NO INCLUYE LAS RESERVAS NI PRUEBAS PREVIAS A LAS TRANSFUSIÓN), 1 HEMOGLOBINA Y 1 HEMATOCRITO POST TRANSFUSIÓN, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIO, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, SALA DE CIRUGÍA, HONORARIOS DE CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO, AYUDANTÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, CONTROL AMBULATORIO (1), ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	3.939.390,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
		INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL POST. QX.				
13	740003	CESÁREA EXTRAPERITONEAL PAQUETE QUE INCLUYE: 1 DIA DE ESTANCIA EN PISO, CONSULTA DE URGENCIAS POR EL MÉDICO GENERAL Y LA VALORACIÓN POR EL GINECOBSTETRA DEL DÍA DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA LA CESÁREA. 1 CUADRO HEMÁTICO, 1 GLICEMIA, 1CREATININA, 1 BUM, 1PARCIAL DE ORINA, 1 HEMOCLASIFICACIÓN, 1 VIH, 1 ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA ABDOMINAL, 1 PERFIL BIOFÍSICO, 2 MONITORIAS FETAL, 1 VDRL, 1 EKG, INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, TRANSFUSIÓN DE 1 UNIDAD DE SANGRE, (NO INCLUYE LAS RESERVAS NI PRUEBAS PREVIAS A LAS TRANSFUSIÓN), 1 HEMOGLOBINA Y 1 HEMATOCRITO POST TRANSFUSIÓN, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO INTRAHOSPITALARIO, 1 TSH NEONATAL, 1 HEMOCLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, PRIMERAS DOSIS DE VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO BCG Y HEPATITIS B, SALA DE CIRUGÍA, HONORARIOS DE CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO, AYUDANTÍA, SALA DE RECUPERACIÓN, CONTROL AMBULATORIO (1), ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS SOLO DE LOS DÍAS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. 1 CONTROL POST. QX.	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	3.939.390,00
14	750101	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACIÓN Y CURETAJE	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.174.900,00
15	750105	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACIÓN AL VACÍO	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	2.174.900,00
16	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	SERVICIO	A NECESIDAD	PROPIAS	1.228.500,00
17	860209	TRIPANOSOMA CRUZI PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	50.323,00
18	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	480.480,00
19	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	104.650,00
20	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL CERVICOMETRIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	163.163,00
21	881434	PERFIL BIOFÍSICO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	159.978,00
22	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	213.941,00
23	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	213.941,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
24	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	322.140,00
25	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	502.138,00
26	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	213.941,00
27	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (MEDICINA MATERNO FETAL)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	109.200,00
28	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	34.580,00
29	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	68.887,00
30	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	68.887,00
31	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	68.887,00
32	890283	VALORACION POR EL PEDIATRA DEL RECIEN NACIDO Y CONTROLES DEL SANO DURANTE TODA SU PERMANENCIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	81.081,00
33	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (MEDICINA MATERNO FETAL)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	109.200,00
34	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	34.580,00
35	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	68.887,00
36	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	68.887,00
37	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (MEDICINA MATERNO FETAL)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	109.200,00
38	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	33.397,00
39	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	68.887,00
40	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	68.887,00
41	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	33.397,00
42	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (MEDICINA MATERNO FETAL)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	109.200,00
43	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	79.716,00
44	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	37.310,00
45	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	35.763,00
46	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	154.063,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
47	898002	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	37.583,00
48	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	41.314,00
49	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	17.108,00
50	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	53.508,00
51	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	86.996,00
52	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	17.472,00
53	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	33.033,00
54	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	33.033,00
55	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	19.929,00
56	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	50.323,00
57	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	50.323,00
58	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	50.323,00
59	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	64.337,00
60	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	104.650,00
61	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	131.950,00
62	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	131.404,00
63	906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	131.404,00
64	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	121.485,00
65	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	121.485,00
66	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	121.485,00
67	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	92.001,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
		SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				
68	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	92.001,00
69	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	92.001,00
70	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	92.001,00
71	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G TOXOPLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	110.110,00
72	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	88.361,00
73	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	88.361,00
74	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
75	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
76	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
77	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
78	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
79	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
80	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	161.343,00
81	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	117.390,00
82	906227	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	117.390,00
83	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	109.655,00
84	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	117.845,00
85	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	228.410,00
86	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
87	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
88	906319	HEPATITIS DELTA ANTÍGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	143.689,00
89	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	64.337,00
90	906818	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	161.343,00
91	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	21.112,00
92	907106	UROANÁLISIS	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	21.112,00
93	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	53.508,00
94	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	53.508,00
95	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	24.661,00
96	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	24.661,00
97	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	24.661,00
98	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA RH [ANTÍGENO RH D] POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	42.133,00
99	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA RH [ANTÍGENO RH D] EN TUBO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	42.133,00
100	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	17.472,00
101	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	17.472,00
102	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	46.683,00
103	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	46.683,00
104	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	510.328,00

ÍTEMS	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	NECESIDAD	TIPO DE TARIFA APLICADA	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO
		INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)				
105	129A02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	436.345,00
106	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	255.437,00
107	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	1.967.420,00
108	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	1.967.420,00
109	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	1.058.148,00
110	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	1.058.148,00
111	130A01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	510.328,00
112	130A02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	SERVICIO	A NECESIDAD	SOAT UVT 2025 - 9 %	436.345,00

3. CONSOLIDADO ECONÓMICO FINAL

OFERENTE	DOCUMENTOS ECONÓMICOS	OFERTA ECONÓMICA
DUMIAN MEDICAL S.A.S.	**CUMPLE**	**CUMPLE**

PS. DIANA XIMENA RAMOS GARZÓN
Comité Económico Evaluador