Floridablanca, 07 MAY 2025

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA

PN RASES No. 5 MIC 027 2025

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 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).

GRUPO 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA"

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.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.4.2.2 del Decreto 1082 del 2015, modificado por el Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021 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 Mipyme.

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). **GRUPO 3**:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA"

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
PRESUPUESTO	El valor estimado para el presente proceso contractual es de **CINCUENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS ($53.665.000,00)** M/CTE distribuido por grupos, así: **Grupo 1** Recurso 16 **CUARENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($ 46.500.000) MCTE** **Grupo 2** Recurso 16 **TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 3.800.000) MCTE** **Grupo 3** Recurso 16 **TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS ($ 3.365.000) MCTE**

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	RECURSO	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INCLUIDO IVA, VIGENCIA 2025	VALOR TOTAL ESTIMADO INCLUIDO IVA,
2025		10	UPRES ARAUCA	SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDINA Y ALTA COMPEJIDAD	1	**$46.500.000**	**$46.500.000**
2025		16	UPRES ARAUCA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	1	**$3.800.000**	**$3.800.000**
2025		16	UPRES ARAUCA	EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES	1	**$3.365.000**	**$3.365.000**
VALOR TOTAL ESTIMADO							**$53.665.000**

El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF No 60425 y SIF No 454** del 30/04/2025, expedido por la Jefatura de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, por el valor total de **CINCUENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS ($53.665.000,00)** M/CTE, incluido IVA.

PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución es **HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025**, o hasta agotar el presupuesto con inicio a partir de la aprobación de la garantía única o perfeccionamiento del contrato, una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.
LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	**APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.** Los servicios médicos especializados objeto de la presente invitación, 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 DEL CONTRATO	**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 los servicios de laboratorios de baja, mediana y alta complejidad, laboratorios de COVID-19 y fonoaudiología, prestación de servicios en promoción, prevención y detección de cáncer de cuello uterino y la realización de exámenes médicos ocupacionales para el personal de planta

	y contrato – Arauca, 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 el presente estudio previo, 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. Para la prestación de servicios 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 los servicios de laboratorios de baja, mediana y alta complejidad, laboratorios de COVID-19 y fonoaudiología, prestación de servicios en promoción, prevención y detección de cáncer de cuello uterino y la realización de exámenes médicos ocupacionales para el personal de planta y contrato – Arauca, tendrá el siguiente procedimiento: • El médico general que preste sus servicios en la Unidad Prestadora de Salud Arauca emitirá la remisión teniendo en cuenta lo descrito en el acuerdo 002 de 2001; esta remisión será entregada al paciente. • Las ordenes médicas o remisiones por parte de los servicios de consulta externa, hospitalización o urgencias red externa también deberán tener en cuenta lo descrito en el Acuerdo 002 de 2001. • Una vez autorizada la remisión por parte del grupo de redes integrales será entregada al paciente, quien solicitará la respectiva cita en la entidad adjudicataria. **LUEGO DE LA CITA:** El paciente presentará en el grupo de redes integrales la solicitud de autorización para la realización de los apoyos diagnósticos que se desprendan de la consulta médica. Para esta autorización la entidad contratante enviará los siguientes soportes: * Orden con la descripción de cada uno de los tratamientos a realizar. * Cotización detallada de cada uno de los procedimientos (si se requiere) en dado caso que no esté dentro de la oferta económica.

	Los apoyos diagnósticos que se encuentran fuera del plan de beneficio del SSPN y que a criterio del profesional tratante deben ser prestados al usuario por tratarse de su recuperar o preservar la función deberá realizar el siguiente procedimiento: **a.** La empresa contratante deberá entregar al paciente los siguientes documentos: ✓ Diligenciar el formato de solicitud y justificación ante el **COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO** de procedimientos, insumos, dispositivos u otros servicios médicos que no hacen parte del plan de servicios del SSMP. (diligenciado en forma completa por el especialista tratante, toda vez que el allegado, se encuentra sin los datos de la información básica y además debe estar actualizado) ✓ Historia Clínica del especialista tratante de la misma fecha en la que se diligencia el Formato de solicitud y **justificación ante el COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO** de procedimientos de la misma. ✓ Cotización del procedimiento a realizar, a solicitud del supervisor (si se requiere). La entidad entrega al paciente los documentos con el fin de ser presentados a la oficina de referencia y contrarreferencia, explicando al paciente que deben ser presentados luego de su expedición para continuar el trámite interno. 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. **Grupo No 3.** Para la prestación de servicios de exámenes médicos ocupacionales para el personal de y contrato – Arauca, el usuario debe presentar comunicado oficial firmado por el Jefe de U Prestadoara salud araucca donde se encuentre relacionado y la utorizacion para la reali de los mismos. La entrega de resultados de EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA, deberá hacerse en los dos (02) días hábiles siguientes a su realización, asi mismo la entidad deberá hacer entrega de informe del diagnóstico de condiciones de los trabajadores dentro de los días (10) días hábiles al responsable de la seguridad y salud en el trabajo de la Unidad Prestadora de Salud Arauca.
FORMA DE PAGO	**APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.** La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO,** previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. **NOTA:** Para todos los casos se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007 que hace referencia a la asignación de turno para efectuar los pagos una vez se presenten las cuentas de cobros o facturas por servicios recibidos, si los documentos en referencia son devueltos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. Para el trámite de pago **EL CONTRATISTA** deberá cumplir con los siguientes requisitos: 1. El pago se realizará en moneda legal colombiana, en forma mensual, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio radicación en la ventanilla única de central de cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el Coordinador del contrato, con los documentos requeridos

por la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5, de acuerdo al derecho a turno y al programa anual mensualizado de caja (PAC).

2. Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

3. Si el acta de entrega y/o recibido no ha sido bien elaborada o no se acompaña a esta de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregida el acta o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos.

4. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente las respectivas actas a la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5.

5. Todos los pagos a que se compromete la Regional, serán cancelados dentro de los treinta (30) días hábiles siguiente a aquel en que haya sido radicada la respectiva factura en la ventanilla única de central de cuentas y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

6. Los documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MÉDICOS y SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS se enumeran a continuación: Enviar la facturación a REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD Nº 5 ubicada en la Transversal 154 # 24 – 147 Florida Blanca - Santander.

7. Las facturas cargadas al contrato por prestación de servicios médicos o medicamentos deben ser entregadas **EN MEDIO FÍSICO** los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de facturación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de pre-radicado del módulo de radicación de cuentas médicas y los RIPS en medio magnético (CD), en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes y requisitos:

- **FACTURACIÓN ELECTRÓNICA** Resolución 0042 del 05 de mayo de 2020, Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar dirigido a nombre de: "REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5" con NIT. 804.012.688-5 con los soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

- Las Facturas electrónicas beberán ser enviadas al correo electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co de acuerdo a previa instrucción brindada por el Coordinador del contrato), así mismo, dichas facturas deberán ser cargadas al módulo del SISAP WEB (RECUM) de la policía Nacional en el siguiente link: **https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/vista/frlogin.aspx**

Nota: las entidades que aún no cuentan con USUARIO Y CONTRASEÑA del módulo del SISAP WEB de la policía Nacional, deberán enviar la siguiente información al correo: **arlyn.medina@correo.policia.gov.co** con el fin de ser asignado:

CODIGO DE HABILITACIÓN	NIT	IPS	NOMBRES	CEDULA	TELÉFONO OFICINA	FECHA INICIO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	FECHA FINAL DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	EMAIL

- Las facturas deben estar dirigidas a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 NIT 804.012.688-5
- Enviar el CD con la información de los RIPS anexo a la factura
- Una vez estén radicadas en el módulo SISAP WEB (RECUM), las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar
- El correo para recibir la facturación electrónica es siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co,
- De acuerdo a la Ley General de Archivos (594 del 2000) para entidades del estado, las facturas deben estar legajadas al lado izquierdo con gancho plástico con un máximo de 250 folios en carpeta propalcote doble tapa tamaño oficio.

	• No se permiten facturas de multiusuarios • Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo y calificación o readmisión expedido por la DIAN, donde le confirma la permanencia de entidad sin Ánimo de lucro • los RIPS deben de estar cargados en el módulo SISAP WEB (RECUM) (Registro de cuentas Medicas), posterior a esto se debe imprimir el pre-radicado y anexarlo como caratula en las facturas a entregar de forma física en la ventanilla única de central de cuentas • Es un solo pre-radicado por la cantidad de facturas que se carguen y un solo CD • Anexo a la Facturación debe de llegar el CD con la información de los RIPS, datos que deben estar completos y sin errores (información diligenciada por cada IPS). • Las entidades al momento de elaborar las factura de venta debe de enviarla al buzón electrónico de siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, los pasos a seguir se encuentran en **la circular externa 016 y 020, del Ministerio de Hacienda y Crédito Publico SIIF NACION.** Una vez todos los documentos lleguen a central de cuentas se procederá a dar cumplimiento a la guía de gestión contractual en el SECOP II (Colombia Compra Eficiente), con lo establecido en el capítulo VI "seguimiento a la ejecución contractual", literal d) "Aprobación de facturas" descripto de la siguiente manera: • Aprobación de facturas una vez que los proveedores completan sus entregas y le envían a la Entidad Estatal las facturas correspondientes, la persona designada en la Entidad Estatal (generalmente del área financiera) debe de ingresar al SECOP II, consultar las facturas y aprobarlas o rechazarlas. • La plataforma solicita que los proveedores deben de llevar la factura en físico a la entidad antes de ingresarla al SECOP II de esta manera las unidades en el ámbito nacional, deberán verificar la información para aprobación de las facturas de los contratos. • El Certificado de Parafiscal debe de estar dirigido a Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5, con fecha al día, informando que la entidad se encuentra a paz y salvo, firmado por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal. • Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura electrónica de venta y debe estar pre-impreso. • Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso. • Debe indicarse el nombre de la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5 • Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del paciente). • Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras). • Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio. • Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos. • Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio. Adicionalmente, se deberá solicitar los siguientes soportes en las facturas de urgencias médicas: • Formato de información a terceros. • Certificación bancaria. • Fotocopia del RUT actualizada • Fotocopia cédula representante legal. • Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad de Sanidad. • Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008. Asi mismo, de acuerdo con la circular externa No. 016 del sistema integrado de información Financiera SIIF Nación de fecha 09 de marzo de año 2021; solicita a todos los Representantes legales, secretarios generales, ordenadores del Gasto, Áreas Financieras, Coordinadores y usuarios del SIIF Nación; con el fin de realizar el proceso

	de recepción de Facturas electrónicas de venta, notas debido y notas crédito. La administración del SIIF nación implemento el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, notas debido y /o notas crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las entidades que hacen parte del presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020. Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web. Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el Coordinador y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago. 8. En Conclusión, **LA POLICÍA NACIONAL** sólo dará trámite a las facturas generadas por los servicios prestados objeto del presente contrato que no presenten objeciones. **OBJECIONES Y GLOSAS:** DECRETO 441 DE 2022 Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Sección 4. Facturas de venta y glosas. Artículo 2.5.3.4.4.2 Aceptación de las glosas. La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicios de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por el Regional de Aseguramiento En Salud Nº 5, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito electrónicas, subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada tácitamente y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad. **AUDITORIA DE CUENTAS**. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según lo estipulado en la ley 1438 de 2011 articulo 57. **TRÁMITE DE GLOSAS**. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

	Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas". (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de sanidad policial, que no debe superar los sesenta (60) hábiles posteriores a la radicación). "Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago". **CAUSALES DE NO PAGO:** **GRUPO 1 Y 2** Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP. Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente. Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007. Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico". La Auditoría de Cuentas Médicas de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 concurrirá en el análisis y cumplimiento de lo aquí consagrado sobre dicho proceso. Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad. Servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen Teniendo en cuenta que según el numeral 9 del artículo 1.6.1.4.1. del Decreto 1625 de 2016 y el numeral 25 del artículo 1 de la Resolución DIAN No. 000042 de 2020, disponen: *"Notas débito y notas crédito para la factura electrónica de venta: Las notas débito y notas crédito son documentos electrónicos que se derivan de las operaciones de venta de bienes y/o prestación de servicios que han sido previamente facturados, asociadas o no a una factura electrónica de venta, mediante el Código Único de Factura Electrónica -CUFE cuando sea el caso, las cuales se generan por razones de tipo contable y/o fiscal, cumpliendo las condiciones, términos, mecanismos técnicos y*

	tecnológicos que para el efecto señale la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN". De acuerdo a lo anterior, se debe cumplir a cabalidad tanto contablemente como en materia tributaria debido a que las notas créditos son el soporte legal y fiscal de la NO cancelación o modificación del valor a pagar de la facturación emitida por las entidades teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas por parte de la oficina de Auditoria Médica y las diferentes entidades, así mismo, justifican el cambio o modificación en la base de las retenciones practicada por los diferentes conceptos. NOTA: Toda glosa conciliada y que tenga valores aceptados por IPS que dentro de la documentación no tengan su debida nota crédito y sea detectada por la oficina de Contabilidad, no será tramitada para pago en la oficina de Tesorería hasta que la novedad sea subsanada. **GRUPO 3** No presentar la comunicación oficial firmada por el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca donde relacione los datos del funcionario y la autorización para la realización de los EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES. **PROCESO DE RADICACION DE FACTURACION ELECTRONICA** **APLICA PARA GRUPOS 1,2 Y3** Dentro de la ejecución del contrato se tendrá en cuenta que de acuerdo con la RESOLUCION 2275 DE 28/12/2023 "Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta FEV en salud y se dictan otras disposiciones" expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se tendrá en cuenta el artículo 14 que indica el tiempo de que dispone la entidad que realiza la facturación electrónica de venta en salud para el proceso de radicación ante el responsable de pago de la siguiente manera: "Artículo 14. Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores. Los facturadores electrónicos del sector salud disponen de veintidós (22) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición de la factura electrónica de venta con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes determinados en la normatividad vigente. Una vez recibidos dichos documentos, la entidad responsable de pago o demás pagadores generará automáticamente el número único de radicación con fecha y hora, momento a partir del cual se entenderá radicada, procediendo el trámite de la misma en el plazo establecido en la Ley. Dichos datos serán informados al facturador electrónico del sector salud- conforme con el mecanismo establecido por las partes y al Ministerio de Salud y Protección Social a través del mecanismo que este determine. Parágrafo 1. El facturador electrónico del sector salud anulará la factura cuando no se haya realizado la radicación dentro del plazo previsto en este artículo, procediendo la expedición de una nueva factura para el cobro de los servicios y tecnologías prestados."
CAUSALES DE RECHAZO DE LA PROPUESTA O DECLARATORIA DESIERTA DEL PROCESO	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. b. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. c. Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. d. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. e. Cuando el objeto social o actividad mercantil del proponente, indicado en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil no faculte a la sociedad o persona natural para desarrollar la actividad materia de la futura

	contratación, exigencia que aplica a cada uno de los integrantes de Consorcios, Uniones Temporales u otra forma de asociación, si hay lugar a ello. . f. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. g. Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos. i. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j. La NO presentación de 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 No. 5 se hará responsable del retraso en el ingreso de las propuestas, toda vez que el aplicativo no es administrado por Regional de Aseguramiento No. 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 No. 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. En los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.
FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	Se adjudicará el contrato en forma total aquel oferente que cumpla con todas las condiciones técnicas, económicas y jurídicas descritas en el presente estudio previo, 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 el estudio de conveniencia y oportunidad. 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.
FACTORES QUE SE TENDRÁN EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN	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 de acuerdo al Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015; siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas. Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con el **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO** que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso. La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO**, 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 del segundo **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO** y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado.
PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMPATE	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 Decreto 1860 de 2021, artículo 2.2.1.2.4.2.17 "Factores de desempate y acreditación" De continuar el empate, se escogerá para revisión y evaluación (entre las ofertas igualadas), la primera oferta presentada al proceso en la plataforma SECOP II.
ADJUDICACIÓN CON OFERTA ÚNICA	De acuerdo al Artículo 2.2.1.1.2.2.6 del Decreto 1082 de 2015, "*La Entidad Estatal puede adjudicar la Aceptación de Oferta cuando sólo 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 decreto 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 1082 de 2015, modificado por el Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021 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, 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 Registro 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, https://carpetaciudadana.and.gov.co/inicio-de-sesion.
- ✓ 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 la 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).
- ✓ FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD (Diligenciar **Formulario N° 4** de la presente invitación).

2.2 DE ORDEN TÉCNICO

2.2.1 CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS

Los factores de verificación técnica están descritos en el anexo CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE. y será verificada por el Comité Técnico.

2.2.2 Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/u ofrecer el servicio

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.

El OFERENTE deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar, máximo tres (3) certificaciones o copias de contratos ejecutados, con concepto favorable de la ejecución de los mismos, cuyo objeto sea igual o similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor del presupuesto asignado para esta contratación. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica:

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

No serán tenidas en cuenta las Certificaciones que presenten incumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la unidad prestadora de Salud Norte de Santander, o Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, se verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.

Dichas condiciones se verificarán por parte del Comité Evaluador en el **ANEXO N° 1** como **CUMPLE Y NO CUMPLE.**

2.2.3 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

APLICA PARA GRUPOS 1, 2 Y 3

La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, es necesario que los oferentes CUMPLAN y presenten los requerimientos descritos a continuación:

a) Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
b) 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".
c) 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.
d) Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
e) 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. Lo anterior se verificará en el Anexo 12 COMPETENCIA DEL CONTRATISTA.

Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos:

- Constancia de habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría 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.

2.2.4 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

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; experiencia laboral en el ejercicio profesional de UN AÑO, se tendrá en cuenta el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020 a si mismo beberá estar en el RETHUS a fin de atender las solicitudes de carácter técnico científico relacionadas con la aplicación de las pruebas así:

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 ENFERMERIA	**1**	**Requisito:** Tener título de técnico en enfermería, 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 ENFERMERIA	**1**	**Requisito:** Tener título de técnico en enfermería, 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).

GRUPO 3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO EN ARAUCA

MEDICO GENERAL CON ESPECIALIDAD EN SALUD OCUPACIONAL	**1**	**Requisito:** Profesional en Medicina, con posgrado en salud ocupacional y licencia en Salud Ocupacional expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).
BACTERIÓLOGO	**1**	**Requisito:** Profesional en bacteriología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).
FONOAUDIOLOGÍA	**1**	**Requisito:** Profesional en Fonoaudiología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	**1**	**Requisito:** Tener título de técnico en enfermería clinico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y

		encontrarse registrado en el RETHUS, tener el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).
OPTÓMETRA	**1**	**Requisito:** Profesional en optometria, 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).

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

para lo anterior deberá diligenciar el ANEXO 9 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO de la presente invitación y relación de su equipo de talento humano, así mismo deberá adjuntar 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

2.2.5 CAPACIDAD OPERATIVA

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 10 CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.

2.2.6 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

2.2.6.1 MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.

El Oferente deberá entregar formalmente junto con la propuesta los siguientes documentos:

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 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.

2.2.7 HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.

El oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO 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

2.2.8 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 13 REFERENTE A LAS OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN A GARANTIZAR A LOS USUARIOS**.

2.2.9 BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES:

APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 8 DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**

2.3 DE ORDEN ECONÓMICO

El único factor de evaluación económica es del **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO** sobre los precios techo incluido IVA, 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.

Se verificarán los requisitos habilitantes del oferente con el **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO,** de no cumplir se verificarán los requisitos habilitantes al oferente con el segundo **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO** y así sucesivamente. **VER ANEXO OFERTA ECONÓMICA y listado de precios**

Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto de conformidad con lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.

- ✓ Registro Único Tributario.
- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Diligenciar **Formulario N° 2** de la presente invitación).
- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 6 SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.**
- ✓ Diligenciar **ANEXO N° 5** de la presente invitación a presentar **OFERTA ECONOMICA**, firmado por el Representante Legal de la entidad oferente.

3. 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 DOS 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 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 de correo electrónico a ys.hernand00011@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.

c. En caso de presentarse indisponibilidad de la plataforma secop ii para el día de presentación de la propuesta deberá procederse conforme con lo establecido en el protocolo de indisponibilidad expedido por Colombia compra eficiente, llamar a informar a la línea de atención de Colombia compra eficiente 018000520808, el correo electrónico institucional del grupo contratos para la aplicación del protocolo de indisponibilidad es: ys.hernand00011@correo.policia.gov.co.

4. 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, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con lo normado en la lo dispuesto en el numeral 1° del artículo 26 de la ley 80 del 1993, los artículos 83 y 84 de la ley 1474 del 2011, la resolución 00090 del 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014" y demás normas que regulen la materia.

Atentamente,

Teniente Coronel RICARDO PICO FIGUEREDO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 5

Elaboró: CPS05 Yurley Smith Hernández
Analista de Contratos

Revisó: CPS04 Briggitt Dayana Jaimes
Abogada

Aprobó: CT. María Del Pilar Garzón Rueda
Jefe Grupo Contratos

Aprobó: MY. Leonardo Vega Cala
Jefe Administrativo

Fecha de elaboración: 25/04/2025

Transversal 154 N° 24-147
Barrio El Bosque, Floridablanca
Teléfono: 6447295
disan.desan-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co/disan

ANEXO 1
ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS REQUERIDAS

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

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

PROPONENTE _____

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

CONDICIONES TECNICAS 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.		

<table>
<tr><td></td><td>✓ 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.

<u>NOTA 2:</u> Acreditar la experiencia exigida certificará como <u>CUMPLE</u> o <u>NO CUMPLE</u>. 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.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, <u>EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL</u> de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO 9 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.
<table>
<tr><th colspan="3"><u>PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</u></th></tr>
<tr><th><u>CARGO</u></th><th><u>CANTIDAD</u></th><th><u>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</u></th></tr>
<tr><td>BACTERIÓLOGO</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en bacteriología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente.
Experiencia Requerida: Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).</td></tr>
<tr><td>AUXILIAR DE ENFERMERIA</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en enfermería, 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>
<tr><td>FONOAUDIOLOGÍA</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en Fonoaudiología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y deberá contar con el Curso de soporte vital avanzado vigente.</td></tr>
</table>
</td><td></td><td></td></tr>
</table>

			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:** 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 10 CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.**				
5	**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 12 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 Secretaría 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				
6	**MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** **APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.**				

	• 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. • 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. • El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 7 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
7	**HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:** El oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO 11 DE HOJA DE VIDA EQUIPOS** del presente estudio previo que corresponde a certificación firmada por el representante legal donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos.		
8	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 13 REFERENTE A LAS OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN A GARANTIZAR A LOS USUARIOS**.		
9	**BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 8 DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**		
10	Los proponentes deben contar con los registros de habilitación vigentes para cada grupo, así: **GRUPO 1:** Laboratorio clínico Toma de muestras de laboratorio clínico Fonoaudiología		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS 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	**Grupo 1 y 2:** 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.		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**PTERINAS, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE		
2	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA		
3	**URODINAMIA ESTANDAR		
4	**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD Incluye: ANALISIS DEL SITIO DE LA LESION		
5	**TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]		
6	**ANALISIS DE AZUCARES Y DERIVADOS		
7	**PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory		
8	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		
9	**EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR		
10	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA		
11	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO		
12	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO		
13	**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		
14	**HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL		
15	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA		
16	**HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL		
17	**TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)		
18	**CUMARINICOS Incluye: OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES A LA WARFARINA		
19	**WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
20	**WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
21	**ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO		
22	**BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
23	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
24	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
25	**LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
26	**LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA		
27	**OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS		
28	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO		
29	**BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
30	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO		
31	**CARIOTIPO CON BANDEO G		
32	**CARIOTIPO CON BANDEO Q		
33	**CARIOTIPO CON BANDEO C		
34	**CARIOTIPO CON BANDEO RT		
35	**CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]		
36	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL		
37	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA		
38	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS		
39	**ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES		
40	**ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]		
41	**PRUEBA DE CROMATINA		
42	**Aspergillus, ANTICUERPOS POR LATEX		
43	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
44	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
45	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
46	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
47	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
48	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
49	**Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES		
50	**Echinococcus ANTICUERPOS		
51	**Coccidioides ANTICUERPOS		
52	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
53	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS MANUAL		
54	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
55	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
56	**ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA		
57	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS		
58	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO		
59	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]		
60	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS		
61	**FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4		
62	**CURVA DE LACTOSA		
63	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]		
64	**ALDOLASA		
65	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA		
66	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA		
67	**ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
68	**ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA		
69	**ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE		
70	**ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL		
71	**APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA		
72	**APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA		
73	**BETA TROMBOGLOBULINA		
74	**LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
75	**LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUIMICA		
76	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
77	**LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
78	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
79	**MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
80	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
81	**MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
82	**PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
83	**PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
84	**PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
85	**PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
86	**CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA		
87	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]		
88	**COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA Incluye: Cryptococcus neoformans		
89	**COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
90	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		
91	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
92	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA		
93	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
94	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
95	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA		
96	**MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO		
97	**Mycobacterium tuberculosis CULTIVO		
98	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
99	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)		
100	**Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
101	**COLIGLICINA		
102	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA		
103	**FRUCTOSAMINA		
104	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA		
105	**HEMOSIDERINA EN ORINA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
106	**ISOLEUCOAGLUTININAS		
107	**SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
108	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
109	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
110	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS		
111	**COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
112	**COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
113	**ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA		
114	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO		
115	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO		
116	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
117	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
118	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
119	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
120	**FAGOCITOSIS ESTUDIO		
121	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
122	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
123	**INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
124	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA		
125	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO		
126	**Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA RAPIDA O DIRECTA)		
127	**FENILALANINA CUALITATIVA		
128	**GALACTOSA		
129	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL		
130	**Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL		
131	**Adenovirus ANTIGENO		
132	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
133	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
134	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS		
135	**Sarcoptes EXAMEN DIRECTO		
136	**Shiguella SEROTIPIFICACION		
137	**Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACION		
138	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION		
139	**Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD		
140	**PRUEBA DE CONCENTRACION BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS		
141	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
142	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
143	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
144	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
145	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
146	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO		
147	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
148	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO		
149	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
150	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
151	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
152	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO		
153	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
154	**QUERATINA ANTICUERPOS		
155	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
156	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
157	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
158	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO		
159	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
160	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO		
161	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
162	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
163	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO		
164	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
165	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
166	**AGLUTININAS AL CALOR		
167	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
168	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO		
169	**Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCION DEL PROVIRUS REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
170	**Citomegalovirus CARGA VIRAL		
171	**Hepatitis B CARGA VIRAL		
172	**Hepatitis C CARGA VIRAL		
173	**Herpes simplex CARGA VIRAL		
174	**Coxsackie A IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
175	**Coxsackie B IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
176	**Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
177	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
178	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
179	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA		
180	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL		
181	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA		
182	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL		
183	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL		
184	**DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		
185	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]		
186	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]		
187	**FACTOR III PLAQUETARIO		
188	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]		
189	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]		
190	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION		
191	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND		
192	**FACTOR X [STUART PROWER]		
193	**FACTOR XI [PTA]		
194	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]		
195	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]		
196	**HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION		
197	**HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]		
198	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
199	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS		
200	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO		
201	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL		
202	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL		
203	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
204	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA		
205	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO		
206	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA		
207	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]		
208	**PLASMINA [FIBRINOLISINA]		
209	**PLASMINOGENO		
210	**PRECALICREINA		
211	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD		
212	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL		
213	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE		
214	**PRUEBA DE PROTAMINA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
215	**RETRACCION DE COAGULO		
216	**TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION		
217	**TIEMPO DE COAGULACION		
218	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS		
219	**TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO		
220	**TIEMPO DE TROMBINA		
221	**CELULAS L.E.		
222	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA		
223	**ERITROPOYETINA		
224	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
225	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO		
226	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA		
227	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA		
228	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS		
229	**LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY		
230	**LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 nm)		
231	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)		
232	**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)		
233	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS		
234	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA		
235	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA		
236	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		
237	**COPROLOGICO		
238	**COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS		
239	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]		
240	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)		
241	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL		
242	**RECUENTO HAMBURGUER		
243	**UROANALISIS		
244	**ESPERMOGRAMA BASICO Incluye: MORFOLOGIA Y RECUENTO		
245	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL		
246	**HEMOGLOBINA A 2		
247	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA		
248	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS		
249	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
250	**Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
251	**CALCIO AUTOMATIZADO		
252	**CALCIO IONICO		
253	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]		
254	**IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA		
255	**ZINC		
256	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS		
257	**VITAMINA A [RETINOL]		
258	**VITAMINA B1 [TIAMINA]		
259	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]		
260	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]		
261	**VITAMINA E [TOCOFEROL]		
262	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS		
263	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS		
264	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)		
265	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]		
266	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO		
267	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA		
268	**CREATINA		
269	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)		
270	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA		
271	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]		
272	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
273	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS		
274	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
275	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
276	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
277	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO		
278	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS		
279	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO		
280	**CLORO		
281	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS		
282	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		
283	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO		
284	**COLESTEROL TOTAL		
285	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA		
286	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]		
287	**CREATININA DEPURACION		
288	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		
289	**DESHIDROGENASA LACTICA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
290	**Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
291	**Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
292	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
293	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
294	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
295	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
296	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL		
297	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
298	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL		
299	**Dengue ANTICUERPOS Ig G		
300	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
301	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
302	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
303	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
304	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
305	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
306	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)		
307	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS		
308	**FOSFATASA ACIDA		
309	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA		
310	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA		
311	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO		
312	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO		
313	**GLUCOSA EN ORINA		
314	**LIPASA		
315	**LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)		
316	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS		
317	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS		
318	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO		
319	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
320	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
321	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
322	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
323	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
324	**FOSFATASA ALCALINA		
325	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
326	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS		
327	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA		
328	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA		
329	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
330	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894		
331	**GLUCOSA TEST O¿ SULLIVAN		
332	**HIERRO TOTAL		
333	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)		
334	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)		
335	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)		
336	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)		
337	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)		
338	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
339	**NITROGENO UREICO		
340	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS		
341	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
342	**CAFEINA AUTOMATIZADO		
343	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO		
344	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA		
345	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO		
346	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		
347	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO		
348	**CIANUROS AUTOMATIZADO		
349	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO		
350	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO		
351	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL		
352	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		
353	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS		
354	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
355	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
356	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
357	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
358	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
359	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
360	**Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
361	**Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
362	**Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
363	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
364	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G		
365	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M		
366	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G		
367	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M		
368	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
369	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
370	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
371	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
372	**CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS		
373	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
374	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA		
375	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
376	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA		
377	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
378	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA		
379	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
380	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA		
381	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
382	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
383	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
384	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS		
385	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]		
386	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		
387	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS		
388	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
389	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		
390	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]		
391	**TRIGLICERIDOS		
392	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
393	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]		
394	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		
395	**TIROGLOBULINA		
396	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		
397	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO		
398	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
399	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
400	**Dengue ANTICUERPOS Ig M		
401	**ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO		
402	**PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)		
403	**PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA		
404	**LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]		
405	**PRUEBA DE INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS		
406	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]		
407	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)		
408	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO		
409	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL		
410	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
411	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION		
412	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST		
413	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
414	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD		
415	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros		
416	**Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
417	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		
418	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		
419	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
420	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
421	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
422	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
423	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA		
424	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA		
425	**HEMOGLOBINA PLASMATICA		
426	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL		
427	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]		
428	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
429	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO		
430	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		
431	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL		
432	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
433	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
434	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
435	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA		
436	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
437	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
438	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
439	**LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
440	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
441	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
442	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
443	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
444	**Dengue ANTICUERPOS TOTALES		
445	**Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
446	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19		
447	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
448	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
449	**DNA n ANTICUERPOS MANUAL		
450	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL		
451	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL		
452	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL		
453	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL		
454	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
455	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
456	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO		
457	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO		
458	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO		
459	**AGLUTININAS AL FRIO		
460	**COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA		
461	**COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
462	**COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA		
463	**COLORACION GIEMSA Y LECTURA		
464	**COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
465	**COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia		
466	**Actinomyces CULTIVO		
467	**Bordetella pertussis CULTIVO		
468	**Brucella CULTIVO		
469	**Clostridium botulinum CULTIVO		
470	**Clostridium difficile CULTIVO		
471	**Corynebacterium difteriae CULTIVO		
472	**Cryptococcus neoformans CULTIVO		
473	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
474	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA		
475	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA		
476	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)		
477	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO		
478	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO		
479	**HEMATOCRITO		
480	**HEMOGLOBINA		
481	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA		
482	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)		
483	**PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]		
484	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL		
485	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		
486	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO		
487	**TITULO ANTI D		
488	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]		
489	**ALFA 2 MACROGLOBULINA		
490	**ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)		
491	**BICARBONATO		
492	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
493	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
494	**CAROTENOS		
495	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
496	**LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
497	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
498	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
499	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
500	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
501	**ANGIOTENSINA II		
502	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA		
503	**RENINA TOTAL		
504	**HORMONA ANTIDIURETICA		
505	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA		
506	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA		
507	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA		
508	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA		
509	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA		
510	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION		
511	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]		
512	**ANTICOAGULANTE LUPICO		
513	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA		
514	**DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		
515	**FIBRINOGENO		
516	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO		
517	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD		
518	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		
519	**TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]		
520	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		
521	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]		
522	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL		
523	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA		
524	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		
525	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA		
526	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA		
527	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL		
528	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)		
529	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)		
530	**CULTIVO PARA VIRUS		
531	**Helicobacter pylori CULTIVO		
532	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA		
533	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA		
534	**HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION		
535	**HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
536	**Legionella CULTIVO		
537	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO		
538	**ESTRICNINA AUTOMATIZADO		
539	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO		
540	**MERCURIO AUTOMATIZADO		
541	**METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
542	**METACUALONA MANUAL		
543	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
544	**METADONA MANUAL		
545	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H		
546	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA		
547	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H		
548	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA		
549	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA		
550	**FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE		
551	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO		
552	**HOMOCISTEINA		
553	**HIDROXIPROLINA EN ORINA		
554	**FERRITINA		
555	**ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO		
556	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]		
557	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]		
558	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE		
559	**HORMONA LUTEINIZANTE		
560	**PROLACTINA		
561	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)		
562	**ESTRADIOL		
563	**PROGESTERONA		
564	**TESTOSTERONA TOTAL		
565	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA		
566	**INSULINA (CADA MUESTRA)		
567	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)		
568	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS		
569	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		
570	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA		
571	**TIROXINA LIBRE		
572	**TIROXINA TOTAL		
573	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL		
574	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
575	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO		
576	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
577	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
578	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		
579	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA		
580	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA		
581	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS		
582	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS		
583	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO		
584	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO		
585	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA		
586	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN		
587	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS		
588	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO		
589	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO		
590	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA		
591	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS		
592	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS		
593	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS		
594	**PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO		
595	**PIRETRINAS MANUAL		
596	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO		
597	**PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO		
598	**PIRETROIDES MANUAL		
599	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
600	**PRIMIDONA MANUAL		
601	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO		
602	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
603	**QUININA SEMIAUTOMATIZADO		
604	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
605	**Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
606	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G		
607	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1		
608	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
609	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
610	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
611	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
612	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL		
613	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
614	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
615	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO		
616	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
617	**TRIYODOTIRONINA LIBRE		
618	**TRIYODOTIRONINA TOTAL		
619	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
620	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
621	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
622	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
623	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
624	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
625	**Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
626	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
627	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
628	**Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
629	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
630	**Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
631	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
632	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
633	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
634	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS		
635	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]		
636	**FENCICLIDINA		
637	**AMIKACINA AUTOMATIZADO		
638	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA		
639	**KANAMICINA AUTOMATIZADO		
640	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO		
641	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO		
642	**DIGOXINA AUTOMATIZADO		
643	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO		
644	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO		
645	**RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES Incluye: BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA		
646	**SALICILATOS AUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
647	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO		
648	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS		
649	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO		
650	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL		
651	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
652	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		
653	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
654	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		
655	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
656	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
657	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
658	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
659	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
660	**Influenza ANTIGENO		
661	**Legionella spp ANTIGENO		
662	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO		
663	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO		
664	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
665	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
666	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL		
667	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL		
668	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO		
669	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
670	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
671	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
672	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
673	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
674	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
675	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
676	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
677	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
678	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
679	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
680	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
681	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
682	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
683	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
684	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
685	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
686	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO		
687	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL		
688	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS		
689	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA		
690	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS		
691	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA		
692	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO		
693	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO		
694	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO		
695	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO		
696	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO		
697	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL		
698	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
699	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA		
700	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA		
701	**BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS		
702	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS		
703	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO		
704	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL		
705	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
706	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
707	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES		
708	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION		
709	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)		
710	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
711	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL		
712	**Neisseria meningitidis CULTIVO		
713	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS		
714	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE		
715	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO		
716	**Yersinia enterocolltica CULTIVO		
717	**Trichomona CULTIVO		
718	**BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
719	**Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION		
720	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR		
721	**HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD		
722	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
723	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA		
724	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
725	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
726	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
727	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
728	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL		
729	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
730	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
731	**ISOAGLUTININAS		
732	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		
733	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA		
734	**MIOGLOBINA CARDIACA		
735	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO		
736	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO		
737	**AMONIO		
738	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
739	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA		
740	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN		
741	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO		
742	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA		
743	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO		
744	**OPIACEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEINA		
745	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
746	**ANDROSTENEDIONA		
747	**ANDROSTERONA EN ORINA		
748	**ESTRIOL		
749	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]		
750	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		
751	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO		
752	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO		
753	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA		
754	**HEMOGLOBINURIA		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
755	**RECUENTO DE ADDIS		
756	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL		
757	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)		
758	**ASPARTILCILASA, EN LEUCOCITOS		
759	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA		
760	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD		
761	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD		
762	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD		
763	**ACIDO OROTICO		
764	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO		
765	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO		
766	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA		
767	**Leptospira SEROTIPIFICACION		
768	**Listeria SEROTIPIFICACION		
769	**Mycobacterium IDENTIFICACION		
770	**Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO		
771	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX		
772	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
773	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
774	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
775	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
776	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
777	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
778	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
779	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
780	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
781	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
782	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
783	**OSTEOCALCINA		
784	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE		
785	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS		
786	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE		
787	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA		
788	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL		
789	**ACIDOS BILIARES TOTALES		
790	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
791	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS		
792	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS		
793	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS		
794	**ACIDO FORMICO EN ORINA		
795	**ESTRIOL LIBRE		
796	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)		
797	**TESTOSTERONA LIBRE		
798	**INSULINA LIBRE		
799	**PROINSULINA		
800	**SOMATOSTATINA		
801	**ALDOSTERONA		
802	**ALDOSTERONA EN ORINA		
803	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA		
804	**CETOESTEROIDES 17		
805	**DEHIDROEPINANDROSTERONA		
806	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17		
807	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		
808	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES		
809	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO		
810	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO		
811	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO		
812	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL		
813	**CISTINA CUANTITATIVA		
814	**FENILALANINA CUANTITATIVA		
815	**TIROSINA TEST CON RAIZ DE CABELLO		
816	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS		
817	**GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD		
818	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD		
819	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD		
820	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD		
821	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD		
822	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO		
823	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD		
824	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
825	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
826	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
827	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
828	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
829	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
830	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
831	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
832	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
833	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
834	**Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
835	**Streptococcus B hemolltico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B		
836	**Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
837	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
838	**Actynomices ANTICUERPOS		
839	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
840	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL		
841	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG G		
842	**SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENO		
843	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG M		
844	**ESPIROMETRIA Incluye: PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE		
845	**ESPIROMETRIA SIMPLE Y CON BRONCODILATADORES		
846	**ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]		
847	**AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]		
848	**LOGOAUDIOMETRIA Incluye: RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACION DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCION INTENSIDAD- DISCRIMINACION DEL HABLA		
849	**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)		
850	**EMISIONES OTOACUSTICAS Incluye: MEDICION CON PRODUCTOS DE DISTORSION, MEDICION CON TRANSIENTES		
851	BASILOSCOPIA COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE		
852	HEPATITIS C ANTICUERPOS		
853	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES		
854	- CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS		
855	- TIROIDES MICROSOMALES ANTICUERPOS		
856	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO EPINANDROSTERONA - DHEA -S04		
857	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA		
858	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
859	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGG SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

Nota: 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.

CONDICIONES TECNICAS 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 **"CUPS LABORATORIO ARAUCA 2025". 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 70% del presupuesto oficial, la experiencia habilitante será la sumatoria de las experiencias de los integrantes que la tengan, de manera proporcional a su participación en el mismo, no podrá acumularse a la vez, la experiencia de los socios y de la persona jurídica cuando estos se asocien entre sí para presentar propuesta bajo alguna de las modalidades previstas en el artículo 7 de la ley 80 de 1993. **NOTA 1:** En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, la Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información y lo confrontara con su historial de contratos. La propuesta del oferente que no presente certificaciones o que las presentadas no reúnan las condiciones anteriormente citadas, se dará como NO CUMPLE.		

<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 9 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.
<table>
<tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr>
<tr><th>CARGO</th><th>CANTIDAD</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr>
<tr><td>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 ENFERMERÍA</td><td>1</td><td>Requisito: Tener título de técnico en enfermería, 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 el presente estudio de conveniencia y oportunidad y su respectiva entrega de resultados, el oferente demostrará la capacidad de instalaciones en infraestructura, equipos, recurso humano, en el Municipio de Arauca y todos aquellos aspectos que deban ser verificados, con el fin de identificar las condiciones requeridas por nuestra institución, para la prestación de un excelente servicio.

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO 10 DEL PRESENTE ESTUDIO DE CONVENIENCIA “CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL” FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>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.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

	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 12 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 Secretaría 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		
6	**MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** **APLICA PARA Grupo No 1, Grupo No 2, Grupo No 3.** • 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. • 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. • El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 7 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
7	**HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:** El oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO 11 DE HOJA DE VIDA EQUIPOS** del presente estudio previo que corresponde a certificación firmada por el representante legal donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos.		
8	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 13 REFERENTE A LAS OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN A GARANTIZAR A LOS USUARIOS**.		
9	**BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 8 DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**		

10	Los proponentes deben contar con los registros de habilitación vigentes para cada grupo, así: **GRUPO 2:** Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas Laboratorio clínico		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS 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	**Grupo 1 y 2:** 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.		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL		
2	**COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL		
3	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL		
4	**DETECCION Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN		

CONDICIONES TECNICAS GRUPO 3

ÍTEM	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente deberá diligenciar el Anexo de los CUPS requeridos el cual se encuentra en archivo Excel bajo el nombre "**CUPS LABORATORIO ARAUCA 2025**". **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO AL SIGUIENTE GRUPO:**		

	GRUPO 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO - ARAUCA **El Anexo técnico el cual se encuentra en archivo Excel en la plataforma SECOP II, contiene una columna para que la entidad oferente registre con una x al frente de cada CUPS SI OFRECE O NO OFRECE el procedimiento <u>favor no modificar el formato</u>**		
2	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN OFRECER EL SERVICIO:** GRUPO 3 REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES; cuyo valor sumado sea igual o superior al 70% del presupuesto asignado para el presente proceso contractual, para lo cual el oferente deberá presentar copias de contratos o certificaciones que deberán contener como mínimo la siguiente información básica: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento. En el evento de presentarse como consorcio o unión temporal, el valor del contrato a considerar será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia del documento consorcial o de unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación, en todo caso, cada integrante del consorcio o unión temporal debe contar con experiencia mínima certificada del 70% del presupuesto oficial, la experiencia habilitante será la sumatoria de las experiencias de los integrantes que la tengan, de manera proporcional a su participación en el mismo, no podrá acumularse a la vez, la experiencia de los socios y de la persona jurídica cuando estos se asocien entre sí para presentar propuesta bajo alguna de las modalidades previstas en el artículo 7 de la ley 80 de 1993. **NOTA 1:** En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Arauca, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, la Unidad Prestadora de Salud Arauca verificará la información y lo confrontara con su historial de contratos. La propuesta del oferente que no presente certificaciones o que las presentadas no reúnan las condiciones anteriormente citadas, se dará como NO CUMPLE.		
3	Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **<u>EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL</u>** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. **DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO 9 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO RELACIÓN DE TALENTO HUMANO DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTA CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.**		

PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL		
CARGO	**CANTIDAD**	**REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO**
MEDICO GENERAL CON ESPECIALIDAD EN	1	**Requisito:** Profesional en Medicina, con posgrado en salud ocupacional expedido por una institución con registro vigente

	SALUD OCUPACIONAL		aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). Licecia vigente salud ocupacional 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).		
	BACTERIÓLOGO	1	**Requisito:** Profesional en bacteriología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	FONOAUDIOLOGÍA	1	**Requisito:** Profesional en Fonoaudiología, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1	**Requisito:** Tener título de técnico en enfermería clínico, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS, tener el curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
	OPTÓMETRA	1	**Requisito:** Profesional en optometría, con título expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS y el Curso vital básico y avanzado vigente. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo un (1) año de experiencia profesional o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la ley 2043 de 2020).		
4	**CAPACIDAD OPERATIVA:** Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios descritos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad y su respectiva entrega de resultados, el oferente demostrará la capacidad de instalaciones en infraestructura, equipos, recurso humano, en el Municipio de Arauca y todos aquellos aspectos que deban ser verificados, con el fin de identificar las					

	condiciones requeridas por nuestra institución, para la prestación de un excelente servicio. **PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO 10 DEL PRESENTE ESTUDIO DE CONVENIENCIA "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.**		
5	**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 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 Secretaría 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		
6	**MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** • 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. • 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. • El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 7 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente.		

7	**HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:** El oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO 11 DE HOJA DE VIDA EQUIPOS** del presente estudio previo que corresponde a certificación firmada por el representante legal donde consta el buen estado de funcionamiento de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos.		
8	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 13 REFERENTE A LAS OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN A GARANTIZAR A LOS USUARIOS**.		
9	**BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO 8 DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**		
10	Los proponentes deben contar con los registros de habilitación vigentes para cada grupo, así: **GRUPO 3:** Medicina del trabajo y medicina laboral Optometría		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS 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 Secretaría 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 temperàturas.		
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	**Grupo 3:** La entrega de resultados de EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA, deberá hacerse en los dos (02) días hábiles siguientes a su realización, asi mismo la entidad deberá hacer entrega de informe del diagnóstico de condiciones de los trabajadores dentro de los días (10) días hábiles al responsable de la seguridad y salud en el trabo de la Unidad Prestadora de Salud Arauca.		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (INGRESO, PER. Y/O EGRESO)		
2	OPTOMETRÍA		
3	HEMOGRAMA IV NIVEL (CUADRO HEMÁTICO)		
4	GLICEMIA		
5	PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, HDL, LDL)		
6	VALORACIÓN OSTEOMOSUCULAR		

NOTA: SI NO SE OFERTA ALGUNO DE LOS ÍTEMS REQUERIDOS OBLIGATORIOS, ESTO SERÁ CAUSAL DE RECHAZO DE LA OFERTA.

_____

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.

ETAPA CONTRACTUAL

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 al plazo de ejecución 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	Cinco por ciento (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 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES,

En la PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO se debe señalar:

1.) **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO,**
2.) **la misma deberá indicar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.**

En la PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL se debe señalar:

1.) **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO,**
2.) **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR**

ETAPA SANCIONATORIA

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	LA NO CONSTITUCIÓN DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DÍA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DÍAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DÍA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCIÓN SE IMPONDRÁ MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACIÓN DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA , SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

N°	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento	Impacto después del tratamiento				Afecta la ejecución	¿Afecta el [illegible]	Persona	Fecha estimada en	Monitoreo y Revisión	
												Proba	Impact	Calific	Calific					¿Cómo se rea	Periodicidad ¿C
1	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	ECONÓMICO	DESABASTECIMIENTO	IMPLICARÍA ATENCIONES DE MANERA TARDÍA E INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	1	2	3	1	CONTRATISTA	RETENERLO	1	2	3	3	NO	SI	CONTRATISTA	UNA VEZ SE INICIE LA EJECUCIÓN	FINALIZADO EL PLAZO DEL CONTRAT	INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
2	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	TECNOLÓGICO	ADVENIMIENTO DE NUEVOS MÉTODOS O ESTÁNDARES	APLICACIÓN DE LAS NUEVAS TÉCNICAS PARA BENEFICIO DE LOS USUARIOS	2	3	5	1	CONTRATISTA	ASUMIR EL RIESGO	2	5	5	7	SI	SI	CONTRATISTA	UNA VEZ SE INICIE LA EJECUCIÓN	FINALIZADO EL PLAZO DEL CONTRATO	INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

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 parafiscal (cajas de compensación familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta 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 cincuenta por ciento (50%) y setenta por ciento (70%) ejecutado. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar presupuesto al contrato, lo anterior es con el fin de evitar la sobre ejecución del contrato y evitar incurrir en faltas penales de igual forma evitar que se presenten facturas que no cuenten con el respaldo presupuestal y contractual. Una vez agotado el presupuesto asignado al contrato, el contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificada. El servicio que se preste posterior a la terminación presupuestal del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.
14. Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio, será asumida como responsabilidad del CONTRATISTA, y sobre el particular como la periodicidad con que se debe presentar informes.
15. El contratista se obliga a prestar con oportunidad los servicios de valoración y procedimientos ofrecidos, contando con un profesional en el horario señalado en el Anexo **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

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

33. **GRUPO 1 Y 2**

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).

GRUPO 3

Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar comunicado oficial, firmado por el Jefe de Unidad Prestadoara salud Araucca donde se encuentre relacionado el mismo.

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:

Grupo 1 y 2

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.

Grupo 3

Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar comunicado oficial firmado por el Jefe de Unidad Prestadoara salud araucca donde se encuentre relacionado el mismo.

b. El usuario debe presentar documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad).
c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).
d. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la grupo de redes integrales - oficina de referencia y contrarreferencia del grupo de redes integradas en servicios de salud, la única dirección electrónica válida para este proceso es desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. Para las solicitudes de atenciones de urgencias disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos
e. Todo bien o servicio fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del Nivel Central DISAN), para lo cual el especialista de la entidad Contratista que solicite un procedimiento o medicamento que este fuera del Plan de Beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá diligenciar completamente el formato de autorización de procedimientos o medicamentos que están fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Formato que se encuentra en el anexo del presente estudio previo) y entregarlo al usuario en el momento de la consulta o de la atención médica con copia de historia clínica, orden del médico tratante o fórmula médica original, soportes de estudios realizados, se hace claridad que el formulario debe estar completamente diligenciado con datos de usuario y médico tratante en letra imprenta legible, estos documentos los entregará el usuario a la oficina de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, para que se adelante el trámite ante el Comité Técnico Científico de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5. 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 lo anterior expuesto solo aplica para el grupo y 1 y grupo 2, para el grupo 3 ya están establecidos los servicios de acuerdo al profesiograma.

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 yuly.pabon@correo.policia.gov.co ; 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
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5.

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.
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 bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.
4. 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.
5. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.
6. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.
7. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.
8. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.
9. 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.
10. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.
11. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 del de mayo de 2022 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
12. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019, El cual se encuentra como Anexo en la presente invitación.
13. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO No.5
OFERTA ECONOMICA

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

Referencia: Oferta económica del proceso de Mínima Cuantía , Número _____ cuyo objeto es: "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:

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).	_____%
3	**GRUPO 3:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA	_____%

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía **y el valor del precio techo establecido en el Listado de Precios**.

NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas, establecido en el cronograma del proceso.

NOTA 3: Al momento de la entrega de las propuestas se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con mayor porcentaje único de descuento, a la de menor porcentaje.

Nota 4: El proponente deberá establecer el **porcentaje de descuento IVA INCLUIDO, APLICABLE AL TOTAL DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO**

NOTA 5: En caso que se oferten CUPS OPCIONALES, a estos les será aplicable el porcentaje de descuento ofertado en el presente documento.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
NIT o C. C. :
FIRMA :
PROPONENTE_____

LISTADO DE PRECIOS TECHO

NOTA 1: El presente anexo es informativo no debe diligenciar ni modificar

GRUPO 1

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	**PTERINAS, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE	$779.039
2	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	$107.565
3	**URODINAMIA ESTANDAR	$442.303
4	**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD Incluye: ANALISIS DEL SITIO DE LA LESION	$147.413
5	**TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	$29.951
6	**ANALISIS DE AZUCARES Y DERIVADOS	$41.974
7	**PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$260.453
8	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$69.778
9	**EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	$42.940
10	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	$65.688
11	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$95.917
12	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$112.718
13	**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	$32.205
14	**HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$53.890
15	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA	$105.525
16	**HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$53.890
17	**TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	$47.986
18	**CUMARINICOS Incluye: OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES A LA WARFARINA	$83.948
19	**WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$75.145
20	**WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$203.780
21	**ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$59.901
22	**BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$47.986
23	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$361.529
24	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$361.529
25	**LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$101.875
26	**LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA	$101.875
27	**OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS	$71.925
28	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$153.403
29	**BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)	$1.460.493
30	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO	$875.010
31	**CARIOTIPO CON BANDEO G	$383.562
32	**CARIOTIPO CON BANDEO Q	$341.588
33	**CARIOTIPO CON BANDEO C	$341.588
34	**CARIOTIPO CON BANDEO RT	$383.562
35	**CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]	$431.440
36	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	$383.562
37	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	$347.599
38	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	$383.562
39	**ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	$1.466.618
40	**ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	$1.541.618
41	**PRUEBA DE CROMATINA	$71.925
42	**Aspergillus, ANTICUERPOS POR LATEX	$35.963
43	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$158.581
44	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$47.986
45	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$89.852
46	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$91.140
47	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53.890
48	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$741.636
49	**Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$53.890
50	**Echinococcus ANTICUERPOS	$35.963
51	**Coccidioides ANTICUERPOS	$41.974
52	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$13.204
53	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS MANUAL	$13.204
54	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$17.713
55	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20.397
56	**ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA	$50.669
57	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	$97.044

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
58	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$41.330
59	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$81.801
60	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$86.242
61	**FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4	$22.544
62	**CURVA DE LACTOSA	$164.347
63	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$13.204
64	**ALDOLASA	$35.211
65	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	$39.505
66	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	$21.899
67	**ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$21.899
68	**ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$21.899
69	**ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$87.940
70	**ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$125.210
71	**APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$97.411
72	**APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	$97.411
73	**BETA TROMBOGLOBULINA	$53.890
74	**LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$103.056
75	**LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUIMICA	$103.056
76	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$128.820
77	**LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$101.875
78	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.901
79	**MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$62.371
80	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.901
81	**MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$59.901
82	**PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$177.342
83	**PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$177.342
84	**PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$177.342
85	**PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$177.342
86	**CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$28.770
87	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$14.927
88	**COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA Incluye: Cryptococcus neoformans	$16.747
89	**COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$68.242
90	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$29.951
91	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$69.778
92	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$107.350
93	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$79.547
94	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$118.085
95	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$107.350
96	**MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$96.615
97	**Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$96.615
98	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$65.913
99	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$12.023
100	**Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$263.075
101	**COLIGLICINA	$57.540
102	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$137.714
103	**FRUCTOSAMINA	$29.951
104	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$49.536
105	**HEMOSIDERINA EN ORINA	$46.669
106	**ISOLEUCOAGLUTININAS	$22.758
107	**SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.996
108	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$43.155
109	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$43.155
110	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$133.007
111	**COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$384.742
112	**COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$77.936
113	**ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	$71.280
114	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	$91.140
115	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	$91.140
116	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$78.473
117	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$54.534
118	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$43.155
119	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$93.145
120	**FAGOCITOSIS ESTUDIO	$17.391
121	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$333.422
122	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$238.532

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
123	**INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46.698
124	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	$169.767
125	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$39.145
126	**Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA RAPIDA O DIRECTA)	$42.940
127	**FENILALANINA CUALITATIVA	$59.194
128	**GALACTOSA	$23.939
129	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL	$75.467
130	**Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$34.781
131	**Adenovirus ANTIGENO	$63.551
132	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$22.758
133	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33.601
134	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$75.467
135	**Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	$10.735
136	**Shiguella SEROTIPIFICACION	$27.589
137	**Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACION	$27.589
138	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION	$21.578
139	**Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD	$332.199
140	**PRUEBA DE CONCENTRACION BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS	$33.601
141	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	$53.890
142	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$9.591
143	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$13.820
144	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$35.963
145	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$35.963
146	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$35.963
147	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$40.793
148	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	$40.793
149	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$354.792
150	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$275.675
151	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$103.056
152	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$103.056
153	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$103.056
154	**QUERATINA ANTICUERPOS	$82.660
155	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$51.115
156	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.115
157	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.359
158	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$40.145
159	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.709
160	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$40.145
161	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.709
162	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.094
163	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$49.639
164	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$57.003
165	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$554.892
166	**AGLUTININAS AL CALOR	$10.735
167	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$68.275
168	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$92.321
169	**Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCION DEL PROVIRUS REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$480.321
170	**Citomegalovirus CARGA VIRAL	$280.056
171	**Hepatitis B CARGA VIRAL	$323.237
172	**Hepatitis C CARGA VIRAL	$314.582
173	**Herpes simplex CARGA VIRAL	$388.489
174	**Coxsackie A IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$121.091
175	**Coxsackie B IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$121.091
176	**Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$295.742
177	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$291.769
178	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$23.939
179	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$23.939
180	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	$62.371
181	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$58.296
182	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$65.913
183	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$65.913
184	**DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$9.554
185	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$11.379

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
186	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$23.939
187	**FACTOR III PLAQUETARIO	$38.324
188	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$23.939
189	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$106.677
190	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$96.452
191	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$106.677
192	**FACTOR X [STUART PROWER]	$106.677
193	**FACTOR XI [PTA]	$106.677
194	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$106.677
195	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$163.197
196	**HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	$274.250
197	**HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]	$142.538
198	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$51.115
199	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$52.405
200	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$41.545
201	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$74.286
202	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	$65.913
203	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$65.913
204	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$10.520
205	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$14.385
206	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$14.385
207	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$43.155
208	**PLASMINA [FIBRINOLISINA]	$38.324
209	**PLASMINOGENO	$43.155
210	**PRECALICREINA	$584.823
211	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$43.155
212	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	$77.936
213	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$77.936
214	**PRUEBA DE PROTAMINA	$55.178
215	**RETRACCION DE COAGULO	$13.204
216	**TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	$13.204
217	**TIEMPO DE COAGULACION	$10.735
218	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$35.963
219	**TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$5.368
220	**TIEMPO DE TROMBINA	$9.554
221	**CELULAS L.E.	$17.498
222	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$11.379
223	**ERITROPOYETINA	$53.890
224	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$13.204
225	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	$14.278
226	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$47.986
227	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$34.781
228	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$34.781
229	**LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	$25.120
230	**LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 nm)	$50.669
231	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$50.347
232	**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)	$60.438
233	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$63.551
234	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	$29.951
235	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$33.601
236	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$43.236
237	**COPROLOGICO	$7.193
238	**COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	$33.778
239	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$18.572
240	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	$7.837

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
241	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$10.735
242	**RECUENTO HAMBURGUER	$20.373
243	**UROANALISIS	$13.364
244	**ESPERMOGRAMA BASICO Incluye: MORFOLOGIA Y RECUENTO	$55.178
245	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$180.257
246	**HEMOGLOBINA A 2	$90.893
247	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$29.951
248	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$77.292
249	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$97.044
250	**Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.870
251	**CALCIO AUTOMATIZADO	$13.915
252	**CALCIO IONICO	$42.940
253	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$43.155
254	**IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	$107.887
255	**ZINC	$57.540
256	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$57.540
257	**VITAMINA A [RETINOL]	$118.333
258	**VITAMINA B1 [TIAMINA]	$121.091
259	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$121.091
260	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$121.091
261	**VITAMINA E [TOCOFEROL]	$118.333
262	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$9.554
263	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$16.747
264	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$53.890
265	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]	$83.948
266	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$19.045
267	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$27.412
268	**CREATINA	$14.385
269	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$8.910
270	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$55.266
271	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$121.091
272	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$11.427
273	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$11.427
274	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$9.554
275	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$17.915
276	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$11.548
277	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$21.685
278	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$13.284
279	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$33.700
280	**CLORO	$9.017
281	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$8.918
282	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$17.208
283	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$24.075
284	**COLESTEROL TOTAL	$18.875
285	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$26.838
286	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$19.194
287	**CREATININA DEPURACION	$17.794
288	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$10.433
289	**DESHIDROGENASA LACTICA	$16.021
290	**Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$86.309
291	**Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$112.230
292	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$83.948
293	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$94.683
294	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$94.683
295	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64.732
296	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$64.732
297	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64.732
298	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$64.732
299	**Dengue ANTICUERPOS Ig G	$35.963
300	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.166
301	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$85.129
302	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66.712
303	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$85.129

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
304	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$85.129
305	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.712
306	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$7.193
307	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$49.703
308	**FOSFATASA ACIDA	$16.800
309	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	$50.992
310	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$38.185
311	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$16.210
312	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$25.120
313	**GLUCOSA EN ORINA	$10.648
314	**LIPASA	$27.727
315	**LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$48.522
316	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$17.994
317	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$10.691
318	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$56.359
319	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.359
320	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64.732
321	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$118.750
322	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$115.079
323	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$134.188
324	**FOSFATASA ALCALINA	$12.232
325	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$13.784
326	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$14.163
327	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$21.845
328	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA	$24.221
329	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$25.378
330	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894	$70.744
331	**GLUCOSA TEST O¿ SULLIVAN	$23.072
332	**HIERRO TOTAL	$29.645
333	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$57.540
334	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$62.478
335	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$55.393
336	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$60.198
337	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$59.514
338	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$16.994
339	**NITROGENO UREICO	$9.776
340	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$9.776
341	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$24.421
342	**CAFEINA AUTOMATIZADO	$42.725
343	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO	$42.725
344	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$27.375
345	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$75.789
346	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$75.789
347	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$32.957
348	**CIANUROS AUTOMATIZADO	$32.957
349	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$31.132
350	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$31.132
351	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL	$43.481
352	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$47.986
353	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS	$55.715
354	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$83.948
355	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$83.948
356	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40.793
357	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$97.044
358	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.117
359	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.117
360	**Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.712
361	**Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.212

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
362	**Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.712
363	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$102.841
364	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$75.467
365	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$75.467
366	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$80.298
367	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$80.298
368	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.117
369	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$82.874
370	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$100.278
371	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46.161
372	**CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$122.057
373	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$177.342
374	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$177.342
375	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$177.342
376	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$177.342
377	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$177.342
378	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$177.342
379	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$177.342
380	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	$177.342
381	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$99.514
382	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.286
383	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$118.085
384	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$24.421
385	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$12.023
386	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$10.776
387	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$9.660
388	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$29.414
389	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$17.124
390	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$17.124
391	**TRIGLICERIDOS	$13.443
392	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$104.538
393	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$63.133
394	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$19.216
395	**TIROGLOBULINA	$47.670
396	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$52.218
397	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$38.324
398	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50.669
399	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.727
400	**Dengue ANTICUERPOS Ig M	$32.957
401	**ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	$65.913
402	**PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	$53.675
403	**PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA	$56.359
404	**LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	$32.957
405	**PRUEBA DE INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	$31.669
406	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	$32.957
407	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$31.454
408	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$29.629
409	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$33.386
410	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$25.120
411	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION	$58.184
412	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	$58.184
413	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$418.308
414	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$43.155
415	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	$29.016
416	**Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92.321
417	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$85.344
418	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$79.654
419	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$37.143
420	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$37.143
421	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42.189
422	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42.189
423	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$428.334
424	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$31.346
425	**HEMOGLOBINA PLASMATICA	$42.189

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
426	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$18.464
427	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$28.770
428	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$12.560
429	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$25.549
430	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$6.012
431	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$23.939
432	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.525
433	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$105.525
434	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$100.694
435	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA	$100.694
436	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$117.656
437	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$117.656
438	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.525
439	**LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$105.525
440	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.525
441	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$105.525
442	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.525
443	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$105.525
444	**Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$47.986
445	**Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.212
446	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19	$43.905
447	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.264
448	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.812
449	**DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$79.117
450	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$72.462
451	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$46.161
452	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$45.516
453	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$97.044
454	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$76.056
455	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20.934
456	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$45.516
457	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$40.302
458	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$40.302
459	**AGLUTININAS AL FRIO	$12.560
460	**COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$31.132
461	**COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$27.589
462	**COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	$27.589
463	**COLORACION GIEMSA Y LECTURA	$27.589
464	**COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	$20.518
465	**COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia	$30.166
466	**Actinomyces CULTIVO	$29.951
467	**Bordetella pertussis CULTIVO	$34.137
468	**Brucella CULTIVO	$38.324
469	**Clostridium botulinum CULTIVO	$55.178
470	**Clostridium difficile CULTIVO	$55.178
471	**Corynebacterium difteriae CULTIVO	$52.709
472	**Cryptococcus neoformans CULTIVO	$38.324
473	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$57.862
474	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$35.963
475	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$31.132
476	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$52.709
477	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$23.939
478	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$23.939
479	**HEMATOCRITO	$3.543
480	**HEMOGLOBINA	$10.199
481	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$10.735
482	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$20.397
483	**PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$12.023
484	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$13.204
485	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$7.837
486	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$13.204

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
487	**TITULO ANTI D	$32.313
488	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$25.120
489	**ALFA 2 MACROGLOBULINA	$21.578
490	**ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$73.292
491	**BICARBONATO	$40.793
492	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$29.951
493	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$29.951
494	**CAROTENOS	$23.939
495	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.525
496	**LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$105.525
497	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.525
498	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$105.525
499	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105.525
500	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$105.525
501	**ANGIOTENSINA II	$43.155
502	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$64.732
503	**RENINA TOTAL	$83.948
504	**HORMONA ANTIDIURETICA	$171.438
505	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$59.061
506	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$162.208
507	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$158.050
508	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$126.214
509	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	$172.619
510	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$59.901
511	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	$15.995
512	**ANTICOAGULANTE LUPICO	$60.438
513	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$65.913
514	**DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$12.560
515	**FIBRINOGENO	$19.752
516	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	$46.161
517	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$83.197
518	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$25.421
519	**TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	$4.187
520	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$12.023
521	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$7.193
522	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$5.046
523	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$8.588
524	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$19.730
525	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$10.735
526	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$13.204
527	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$7.407
528	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$52.709
529	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$59.901
530	**CULTIVO PARA VIRUS	$206.112
531	**Helicobacter pylori CULTIVO	$62.371
532	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$67.523
533	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$67.523
534	**HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION	$67.523
535	**HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$67.523
536	**Legionella CULTIVO	$32.313
537	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$51.528
538	**ESTRICNINA AUTOMATIZADO	$65.913
539	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$64.732
540	**MERCURIO AUTOMATIZADO	$64.732
541	**METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41.974
542	**METACUALONA MANUAL	$41.974
543	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30.487
544	**METADONA MANUAL	$28.770
545	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$37.573

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
546	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$37.573
547	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$34.781
548	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$34.781
549	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$24.583
550	**FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	$15.029
551	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO	$25.120
552	**HOMOCISTEINA	$101.875
553	**HIDROXIPROLINA EN ORINA	$79.117
554	**FERRITINA	$41.248
555	**ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$52.496
556	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$82.333
557	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$117.333
558	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$58.633
559	**HORMONA LUTEINIZANTE	$39.592
560	**PROLACTINA	$58.133
561	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$29.951
562	**ESTRADIOL	$55.321
563	**PROGESTERONA	$57.609
564	**TESTOSTERONA TOTAL	$58.242
565	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$67.094
566	**INSULINA (CADA MUESTRA)	$59.423
567	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$64.732
568	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$63.718
569	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$31.410
570	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$85.863
571	**TIROXINA LIBRE	$43.429
572	**TIROXINA TOTAL	$42.929
573	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$13.204
574	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28.833
575	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$60.736
576	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$60.736
577	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$15.566
578	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$45.248
579	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$86.309
580	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$58.609
581	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$19.216
582	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$69.026
583	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$75.026
584	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$56.359
585	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$57.540
586	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$53.353
587	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS	$55.178
588	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$32.313
589	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$32.313
590	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA	$55.393
591	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	$41.974
592	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$56.896
593	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$56.896
594	**PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	$38.324
595	**PIRETRINAS MANUAL	$49.166
596	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$49.166
597	**PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$49.166
598	**PIRETROIDES MANUAL	$49.166
599	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$86.846
600	**PRIMIDONA MANUAL	$86.846
601	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$50.347
602	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$50.347
603	**QUININA SEMIAUTOMATIZADO	$31.132
604	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$2.859.053
605	**Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.589
606	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$29.951
607	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$173.511
608	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$160.810

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
609	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.333
610	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$23.939
611	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.336
612	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$44.336
613	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$121.091
614	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$121.091
615	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO	$34.781
616	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.117
617	**TRIYODOTIRONINA LIBRE	$46.351
618	**TRIYODOTIRONINA TOTAL	$42.351
619	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.657
620	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$94.683
621	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$94.683
622	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42.940
623	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.296
624	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50.096
625	**Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$63.266
626	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$72.050
627	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.688
628	**Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$75.550
629	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$72.050
630	**Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.599
631	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$75.266
632	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$85.344
633	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$79.654
634	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$64.657
635	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$64.550
636	**FENCICLIDINA	$29.951
637	**AMIKACINA AUTOMATIZADO	$38.324
638	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$58.721
639	**KANAMICINA AUTOMATIZADO	$38.324
640	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$38.324
641	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$56.359
642	**DIGOXINA AUTOMATIZADO	$70.744
643	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$70.744
644	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$78.473
645	**RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES Incluye: BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA	$70.744
646	**SALICILATOS AUTOMATIZADO	$31.132
647	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$31.132
648	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	$38.324
649	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$47.986
650	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$26.200
651	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$84.162
652	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$84.162
653	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$84.162
654	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$84.162
655	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$84.162
656	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$80.298
657	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$71.817
658	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$68.275
659	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.901
660	**Influenza ANTIGENO	$52.709
661	**Legionella spp ANTIGENO	$107.887
662	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO	$45.516
663	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	$32.313
664	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20.397
665	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.479
666	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	$73.423
667	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL	$35.963
668	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$25.872
669	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$131.289
670	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$50.347
671	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$95.496
672	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.496
673	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.082
674	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.718
675	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$70.972
676	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.250

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
677	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$65.913
678	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$65.369
679	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.044
680	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$121.895
681	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$97.705
682	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$104.905
683	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.768
684	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$104.484
685	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$43.799
686	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$64.732
687	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$14.385
688	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$82.123
689	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$58.184
690	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$58.184
691	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$75.467
692	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$41.974
693	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$41.974
694	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$50.347
695	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$50.347
696	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	$35.963
697	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$35.963
698	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.963
699	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$53.890
700	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$29.736
701	**BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS	$64.732
702	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS	$10.735
703	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$92.321
704	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$19.124
705	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45.516
706	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$14.037
707	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$8.373
708	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$12.023
709	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$19.216
710	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$19.752
711	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$60.321
712	**Neisseria meningitidis CULTIVO	$51.528
713	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS	$33.601
714	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	$64.770
715	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	$66.879
716	**Yersinia enterocolltica CULTIVO	$37.143
717	**Trichomona CULTIVO	$51.528
718	**BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	$166.607
719	**Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	$23.939
720	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR	$12.023
721	**HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	$25.120
722	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$65.913
723	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA	$65.913
724	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.766
725	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$49.166
726	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$74.286
727	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33.009
728	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$72.462
729	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.144
730	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.144
731	**ISOAGLUTININAS	$12.560
732	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$38.881
733	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$46.698
734	**MIOGLOBINA CARDIACA	$28.770
735	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$28.770
736	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$38.324
737	**AMONIO	$34.781
738	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$43.512
739	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$34.781

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
740	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$53.353
741	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$35.963
742	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$27.375
743	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$47.986
744	**OPIACEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEINA	$47.827
745	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$160.596
746	**ANDROSTENEDIONA	$86.544
747	**ANDROSTERONA EN ORINA	$80.298
748	**ESTRIOL	$74.286
749	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$16.103
750	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$7.193
751	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$13.204
752	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$13.204
753	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$8.373
754	**HEMOGLOBINURIA	$16.030
755	**RECUENTO DE ADDIS	$13.204
756	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$13.204
757	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$29.070
758	**ASPARTILCILASA, EN LEUCOCITOS	$112.718
759	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	$22.758
760	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	$103.056
761	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$43.155
762	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$40.793
763	**ACIDO OROTICO	$61.727
764	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO	$63.551
765	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	$61.082
766	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$61.082
767	**Leptospira SEROTIPIFICACION	$32.313
768	**Listeria SEROTIPIFICACION	$39.505
769	**Mycobacterium IDENTIFICACION	$93.502
770	**Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO	$93.502
771	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX	$46.698
772	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.333
773	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.333
774	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.359
775	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.359
776	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53.353
777	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.200
778	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.200
779	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$132.587
780	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33.601
781	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$47.986
782	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$107.887
783	**OSTEOCALCINA	$40.793
784	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$57.540
785	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$26.408
786	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$21.578
787	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$81.479
788	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$22.758
789	**ACIDOS BILIARES TOTALES	$39.505
790	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$13.204
791	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$37.143
792	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$57.540
793	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$60.760
794	**ACIDO FORMICO EN ORINA	$74.286
795	**ESTRIOL LIBRE	$74.286
796	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$42.511
797	**TESTOSTERONA LIBRE	$64.766
798	**INSULINA LIBRE	$32.313
799	**PROINSULINA	$284.048
800	**SOMATOSTATINA	$191.727
801	**ALDOSTERONA	$97.490
802	**ALDOSTERONA EN ORINA	$108.490
803	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$98.333
804	**CETOESTEROIDES 17	$70.744
805	**DEHIDROEPINANDROSTERONA	$95.863
806	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$32.313

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
807	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$67.094
808	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$57.845
809	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$58.721
810	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$34.781
811	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	$60.975
812	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	$60.975
813	**CISTINA CUANTITATIVA	$121.628
814	**FENILALANINA CUANTITATIVA	$20.397
815	**TIROSINA TEST CON RAIZ DE CABELLO	$38.968
816	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$29.951
817	**GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$23.939
818	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$71.925
819	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$100.694
820	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$297.598
821	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$23.939
822	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$394.189
823	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$105.525
824	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$107.887
825	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$107.887
826	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$32.313
827	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$32.313
828	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$93.502
829	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$93.502
830	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29.951
831	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29.951
832	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29.951
833	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29.951
834	**Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28.770
835	**Streptococcus B hemolltico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$21.578
836	**Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$33.641
837	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$107.746
838	**Actynomices ANTICUERPOS	$73.106
839	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$155.610
840	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$57.540
841	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG G	$90.481
842	**SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENO	$202.676
843	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG M	$90.481
844	**ESPIROMETRIA Incluye: PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE	$57.296
845	**ESPIROMETRIA SIMPLE Y CON BRONCODILATADORES	$60.293
846	**ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	$28.663
847	**AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	$41.453
848	**LOGOAUDIOMETRIA Incluye: RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACION DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCION INTENSIDAD- DISCRIMINACION DEL HABLA	$45.409
849	**INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA) Incluye: TIMPANOMETRIA, GRADIENTE, VOLUMEN FISICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESIÓN DEL OIDO MEDIO Y MEDICION DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)	$43.369
850	**EMISIONES OTOACUSTICAS Incluye: MEDICION CON PRODUCTOS DE DISTORSION, MEDICION CON TRANSIENTES	$53.397
851	BASILOSCOPIA COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE	$23.081
852	HEPATITIS C ANTICUERPOS	$111.429
853	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	$35.963
854	- CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$96.615
855	- TIROIDES MICROSOMALES ANTICUERPOS	$74.286
856	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO EPINANDROSTERONA - DHEA -S04	$53.675
857	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$59.456
858	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.608
859	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGG SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.220

GRUPO 2

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	$39.958
2	**COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$24.798
3	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$23.912

GRUPO 3

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (INGRESO, PER. Y/O EGRESO)	$42.767
2	OPTOMETRÍA	$28.559
3	HEMOGRAMA IV NIVEL (CUADRO HEMÁTICO)	$23.326
4	GLICEMIA	$17.612
5	PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, HDL, LDL)	$90.081
6	VALORACIÓN OSTEOMOSUCULAR	$41.904

NOTA 1: El presente anexo es informativo no debe diligenciar ni modificar

ANEXO No.6

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, de 2025

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5
POLICÍA NACIONAL
Floridablanca.

La empresa.....se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso **MINIMA CUANTIA PN RASES No. 5 MIC 027 2025**, durante la vigencia del contrato si este se llegará 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 GRUPO 2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS). GRUPO 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA".

Atentamente,

_____
Representante Legal

ANEXO 7

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Elegir la modalidad de contratación. Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: "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). GRUPO 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA"

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:

DECRETO 1072 de 2015 – Artículo 1.1.1.1. El Ministerio del Trabajo. El Ministerio del Trabajo es la cabeza del Sector del Trabajo.

Son objetivos del Ministerio del Trabajo la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos para el trabajo, el respeto por los derechos fundamentales, las garantías de los trabajadores, el fortalecimiento, promoción y protección de las actividades de la economía solidaria y el trabajo decente, a través un sistema efectivo de vigilancia, información, registro, inspección y control; así como del entendimiento y diálogo social para el buen desarrollo de las relaciones laborales.

Dando alcance a la Resolución No. 04367 del 29 de agosto de 2018 y a lo dispuesto en la sesión del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Complejo de DIPON del 04 de octubre de 2018 y en atención a la implementación del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo en la Policía Nacional, así:

Artículo 2.2.4.2.2.2. *Campo de aplicación.* *La presente sección se aplica a todas las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios, con entidades o instituciones públicas o privadas con una duración superior a un (1) mes y a los contratantes, conforme a lo previsto en el numeral 1 del literal a) del artículo 2° de la Ley 1562 de 2012 y a los trabajadores independientes que laboren en actividades catalogadas por el Ministerio del Trabajo como de alto riesgo, tal y como lo prevé el numeral 5 del literal a) del artículo 2° de la Ley 1562 de 2012.*

Artículo 2.2.4.2.2.16. *Obligaciones del Contratista.* El contratista debe cumplir con las *normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:*

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
    1. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. (Decreto 723 de 2013, art. 16)

Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

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.

Objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

1. Promover la mejora continua del desempeño y los resultados de la Policía Nacional, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo minimizando la ocurrencia de los accidentes de trabajo y a la aparición de enfermedades de origen laboral.
2. Definir y gestionar los recursos para la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles
4. Identificar y evaluar los requisitos legales aplicables a los centros de trabajo y establecer las acciones de mejoras que permitan dar tratamiento a las brechas identificadas.
5. Fomentar actividades de promoción y prevención de la salud en las unidades que conforman la Policía Nacional.

En atención a la implementación del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo en la Policía Nacional, mediante la Resolución No. 01956 del 25 de abril de 2018, "Por la cual se adopta las directrices de evaluación al SGSST, para los contratistas y subcontratistas, bajo cualquier modalidad de contrato civil, comercial y administrativo, organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, a las agremiaciones u asociaciones que afilien trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral, las empresas de servicios temporales, estudiantes afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, trabajadores en misión y las personas naturales o jurídicas, que deban ejecutar cualquier objeto contractual y/o se vinculen a la Policía Nacional, a través de contratos de prestación de servicios y los visitantes permanentes y transitorios a los centros de trabajo", el contratista se obliga a dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 4º y artículo 7º, en los numerales 1.2 y 1.3, así:

1.2. Para la ejecución del contrato: adicional a los requerimientos exigidos para la ejecución del contrato, la persona natural o jurídica deberá:

1.2.1. Desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento de 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.

1.2.2. Evidenciar la actividad participación en las actividades que la Policía Nacional o el contratante desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

1.2.3. Evidenciar objetivamente, 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.

1.2.4. Participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por el contratante para el área donde desarrollará las actividades.

1.2.5. 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.

1.2.6. Practicarse los exámenes ocupacionales que la Policía Nacional o el contratante programe al contratista durante la ejecución contractual.

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

1.2.8 Entregar al contratante o contratista, los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista.

1.3. Para liquidar el contrato al término de su ejecución, el contratista deberá:

1.3.1. Presentar un informe escrito al supervisor del contrato, donde evidencie documentalmente el cumplimiento de las responsabilidades asignadas como contratista, en materia de aseguramiento en SST y permita evidenciar objetivamente la participación de estos, en las actividades de promoción y prevención que adopten y estén conforme a los parámetros adoptados en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

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

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ANEXO 8
COMPROMISO BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Transversal 154 # 24 - 147 Conjunto Vista Azul Local 10
Floridablanca – Santander

Ref: Proceso de mínima cuantía No. _____, el cual tiene por objeto la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE 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). Igualmente, los servicios ordenados por jueces de la república mediante acción de tutela y los procedimientos autorizados por el comité técnico científico.

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

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

De igual manera me comprometo a:

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

El proponente:

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

ANEXO No. 9

NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Yo_____, Representante de la entidad _____ 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, RETHUS 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 de mínimo **UN AÑO** Recurso humano asistencial calificado y con experiencia necesaria según la Ley 2043 de 27/7/2020 "*POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCEN LAS PRÁCTICAS LABORALES COMO EXPERIENCIA PROFESIONAL Y/O RELACIONADA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*" que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

GRUPO 1

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
	BACTERIÓLOGO			
	AUXILIAR DE DE ENFERMERIA			
	FONOAUDIOLOGÍA			

GRUPO 2

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
	ENFERMERO PROFESIONAL			
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA			

GRUPO 3

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
	MEDICO GENERAL CON ESPECIALIDAD EN SALUD OCUPACIONAL			
	BACTERIÓLOGO			
	FONOAUDIOLOGÍA			
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
	OPTÓMETRA			

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

ANEXO N° 10
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Ciudad
Señores.
POLICÍA NACIONAL –
Ciudad.

Referencia: Certificación de capacidad administrativa y operacional del proceso de Mínima Cuantía , Número _____.

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

Cuento con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por 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). GRUPO 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA". En las condiciones señaladas en la presente invitación

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

ANEXO N° 11

HOJA DE VIDA EQUIPOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Bucaramanga.

El suscrito_____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS NOMBRE	CLASE Y MARCA DE EQUIPO	FECHA MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2024-2025	FECHA MANTENIMIENTO CORRECTIVO 2024-2025	FECHA CALIBRACIÓN 2024-2025 (si aplica o no aplica)

_____

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 lega

ANEXO No.12

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. 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 Unico del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

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

ANEXO No. 13
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

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

Grupos 1 y 2

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

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

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

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

Grupos 3

OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA

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

CONSULTA EXTERNA	MARCAR CON UNA (X)
MENOR DE 3 DÍAS	
ENTRE 6 Y 7 DÍAS	

NOTA: Grupo 1 y 2: 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.

Grupo 3: La entrega de resultados de EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO – ARAUCA, deberá hacerse en los dos (02) días hábiles siguientes a su realización, asi mismo la entidad deberá hacer entrega de informe del diagnóstico de condiciones de los trabajadores dentro de los dias (10) días hábiles al responsable de la seguridad y salud en el trabo de la Unidad Prestadora de Salud Arauca.

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. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5.
Bucaramanga.

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso

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 Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de selección Diligenciar el número del proceso, convocado por la UNIDAD EJECUTORA –, cuyo objeto es Transcribir el objeto del proceso. Diligenciar toda la información pedida
Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica 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.
El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y/o invitación publica de conformidad con el formulario "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 los pliegos de condiciones y/o invitación publica, la de sus anexos y formularios, así como el de cada una de las adendas hechas al mismo.

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.

4. Que el proponente, en este caso (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, correo electrónico teléfono y fax son los siguientes: (información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).

5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación publica en la ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

6. Que nos comprometemos con la POLICÍA NACIONAL UNIDAD EJECUTORA, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, a cumplir con los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden las especificaciones técnicas solicitadas y plazos establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación.
7. Reconocemos y aceptamos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes y/o servicios que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes y/o servicios que se entregarán a la UNIDAD EJECTURA, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los pliegos de condiciones y/o invitación publica sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.
8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni la UNIDAD EJECUTORA, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
10. Reconocemos que ni los pliegos de condiciones y/o invitación publica, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
11. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al formulario "minuta del contrato" de los pliegos de condiciones y/o invitación publica, y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir la UNIDAD EJECUTORA, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del presente proceso de selección las que de antemano aceptamos.
12. Los documentos confidenciales serán señalados en la oferta presentada en SECOP II, y la Entidad tendrá la facultad de comprobar la confidencialidad del documento y aceptarla o rechazarla según lo que establece la ley sobre los documentos confidenciales
13. Los suscritos (integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

    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.

14. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – UNIDAD EJECUTORA cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
15. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax, correo electrónico.
16. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
17. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
18. El plazo de ejecución será el establecido en el pliego de condiciones y/o invitación pública.
19. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de esta.
20. Que la Oferta económica que presentó cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas del Pliego de Condiciones de la referencia.
21. Que la oferta económica esta diligenciada en los términos definidos por la Entidad en el cuestionario de SECOP II, para el presente proceso y que hacen parte integral de la Oferta.
22. El (los) abajo firmante (s) nos comprometemos a cumplir con las especificaciones técnicas mínimas del proceso de contratación establecidas en el "ANEXO CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS" y de acuerdo con las condiciones exigidas en el "Anexo" CRITERIOS DE SELECCIÓN.

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

Teniente Coronel RICARDO PICO FIGUEREDO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 5

Elaboró: CPS05 Yurley Smith Hernández
Analista de Contratos

Revisó: CPS04 Briggitt Dayana Jaimes
Abogada

Aprobó: CT. María Del Pilar Garzón Rueda
Jefe Grupo Contratos

Aprobó: MY. Leonardo Vega Cala
Jefe Administrativo

Fecha de elaboración: 25/04/2025

Transversal 154 N° 24-147
Barrio El Bosque, Floridablanca
Teléfono: 6447295
disan.desen-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co/disan

Powered by CamScanner

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 – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

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

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, 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 UNIDAD EJECUTORA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

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

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.
El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

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

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

[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 No. 5
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número cuyo objeto es:
El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona juridica 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, dentro del pliego de condiciones y/o invitación publica, 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