**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO

**No. GS-2025-** 038843 **UPRES-GUSAP – 29.25**

Mocoa, 14 de mayo de 2025

Señor(a) Intendente Jefe
JORGE RAUL ROJAS ESPINEL
Jefe Grupo de Contratos Regional de Aseguramiento en Salud Nro2
Carrera 22 sur Nro 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
Neiva Huila

Asunto: Evaluación Técnica Final

A continuación, se presenta el informe de evaluación Técnica de las ofertas recibidas con motivo del proceso de selección **PN RASES No 2 MIC 017 2025,** cuyo objeto es **"PRESTACIÓN SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENENCIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO"**

ANÁLISIS Y CALIFICACIÓN DE LA(S) OFERTA(S).

Convenciones empleadas en el informe:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI. | = CUMPLE | N.C. | = NO CUMPLE | SUBS. | = SUBSANABLE | N.A. | = NO APLICA | N.O. | = NO OFERTA |

Datos generales del proceso:

| PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO |
|---|
| El valor estimado del presente proceso de contratación corresponde a de **TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($ 32.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** |

Fecha de Cierre: 13 de mayo de 2025

Hora de cierre: 18:00 horas

A continuación, Se relaciona la oferta a evaluar:

| REF. | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TELEFONO | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | DIAGNOSTICOS E.U. | 3112292621 | NIT 846001425-0 |
| | Representate legal DANIEL ANGEL ARIAS OLAVE | | C.C. 16.275.129 |

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**.

ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS

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.

| ITEM | CODIGO CUPS | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 906401 | ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADOS | SI | |
| 2 | 903802 | ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 3 | 905201 | ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO | SI | |
| 4 | 903101 | ACIDOS BILIARES TOTALES | SI | |
| 5 | 904103 | HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA | SI | |
| 6 | 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | SI | |
| 7 | 903804 | ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 8 | 905706 | ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 9 | 904801 | ALDOSTERONA | SI | |
| 10 | 906602 | ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 11 | 903050 | ALFAFETOPROTEINA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR | SI | |
| 12 | 903805 | AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | SI | |
| 13 | 904501 | ANDROSTENEDIONA | SI | |
| 14 | 901001 | ANTIBIOGRAMA (DISCO) | SI | |
| 15 | 906466 | CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 16 | 906492 | ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 17 | 906456 | Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 18 | 906464 | TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19 | 906415 | CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO | SI | |
| 20 | 906418 | DNA n ANTICUERPOS MANUAL | SI | |
| 21 | 906432 | MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO | SI | |
| 22 | 906454 | SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 23 | 906458 | TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO | SI | |
| 24 | 906463 | TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO | SI | |
| 25 | 906462 | TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS | SI | |
| 26 | 906001 | ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO | SI | |
| 27 | 906002 | ANTIESTREPTOLISINA MANUAL | SI | |
| 28 | 906606 | ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 29 | 906605 | ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 30 | 906603 | ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 31 | 906610 | ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 32 | 906517 | TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27 | SI | |
| 33 | 906611 | ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 34 | 906417 | DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 35 | 902006 | ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA | SI | |
| 36 | 906801 | BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 37 | 903809 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | SI | |
| 38 | 898101 | ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA | SI | |
| 39 | 903811 | CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 40 | 903604 | CALCIO IONICO | SI | |
| 41 | 906407 | CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 42 | 906408 | CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 43 | 906409 | CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 44 | 908832 | Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL | SI | |
| 45 | 906019 | Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 46 | 906020 | Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 47 | 898003 | ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF] | SI | |
| 48 | 906205 | Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 49 | 903815 | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | SI | |
| 50 | 903816 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 51 | 903818 | COLESTEROL TOTAL | SI | |
| 52 | 901102 | COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros | SI | |
| 53 | 901101 | BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] | SI | |
| 54 | 901104 | COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | SI | |
| 55 | 901106 | COLORACION GIEMSA Y LECTURA | SI | |
| 56 | 901107 | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL | SI | |
| 57 | 906905 | COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 58 | 911009 | COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA | SI | |
| 59 | 901206 | COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE | SI | |
| 60 | 907002 | COPROLOGICO | SI | |
| 61 | 904805 | CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS | SI | |
| 62 | 903819 | CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA | SI | |
| 63 | 903820 | CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA | SI | |
| 64 | 903821 | CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK] | SI | |
| 65 | 903823 | CREATININA DEPURACION | SI | |
| 66 | 903824 | CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 67 | 904104 | HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] | SI | |
| 68 | 901212 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA | SI | |
| 69 | 901213 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 70 | 901210 | CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA | SI | |
| 71 | 901217 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE | SI | |
| 72 | 906208 | Dengue ANTICUERPOS Ig M | SI | |
| 73 | 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA | SI | |
| 74 | 904605 | DIHIDROTESTOSTERONA | SI | |
| 75 | 902010 | DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE) | SI | |
| 76 | 902011 | DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE) | SI | |
| 77 | 902104 | DIMERO D AUTOMATIZADO | SI | |
| 78 | 906812 | ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO | SI | |
| 79 | 904508 | GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO | SI | |
| 80 | 906213 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 81 | 906216 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 82 | 902204 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL | SI | |
| 83 | 902205 | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA | SI | |
| 84 | 898201 | ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO | SI | |
| 85 | 901304 | EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL | SI | |
| 86 | 901305 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) | SI | |
| 87 | 902206 | EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA | SI | |
| 88 | 902012 | FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA] | SI | |
| 89 | 902014 | FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC] | SI | |
| 90 | 902016 | FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA] | SI | |
| 91 | 902017 | FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA] | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 92 | 902018 | FACTOR VIII DE LA COAGULACION | SI | |
| 93 | 902019 | ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND | SI | |
| 94 | 902020 | FACTOR X [STUART PROWER] | SI | |
| 95 | 902021 | FACTOR XI [PTA] | SI | |
| 96 | 902022 | FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN] | SI | |
| 97 | 902024 | FIBRINOGENO | SI | |
| 98 | 904105 | HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE | SI | |
| 99 | 903833 | FOSFATASA ALCALINA | SI | |
| 100 | 903017 | FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA | SI | |
| 101 | 906422 | FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL | SI | |
| 102 | 903836 | FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 103 | 903838 | GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA | SI | |
| 104 | 907108 | GLOBULOS ROJOS MORFOLOGIA EN ORINA | SI | |
| 105 | 902108 | GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA | SI | |
| 106 | 902109 | GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA | SI | |
| 107 | 903840 | GLUCOSA EN ORINA | SI | |
| 108 | 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | SI | |
| 109 | 903842 | GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA | SI | |
| 110 | 903843 | GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL | SI | |
| 111 | 903844 | GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894 | SI | |
| 112 | 903845 | GLUCOSA TEST O ¿SULLIVAN | SI | |
| 113 | 906023 | Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 114 | 901220 | Helicobacter pylori CULTIVO | SI | |
| 115 | 902211 | HEMATOCRITO | SI | |
| 116 | 902213 | HEMOGLOBINA | SI | |
| 117 | 903426 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA | SI | |
| 118 | 902207 | HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 119 | 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | SI | |
| 120 | 902214 | HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA | SI | |
| 121 | 902215 | HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA | SI | |
| 122 | 906221 | Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 123 | 906317 | Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] | SI | |
| 124 | 908806 | Hepatitis B CARGA VIRAL | SI | |
| 125 | 906220 | Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 126 | 906225 | Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 127 | 906231 | Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 128 | 908808 | Herpes simplex CARGA VIRAL | SI | |
| 129 | 904509 | HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA | SI | |
| 130 | 903846 | HIERRO TOTAL | SI | |
| 131 | 903022 | HOMOCISTEINA | SI | |
| 132 | 904902 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | SI | |
| 133 | 906827 | INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO | SI | |
| 134 | 904704 | INSULINA (CADA MUESTRA) | SI | |
| 135 | 904705 | INSULINA LIBRE | SI | |
| 136 | 904702 | INSULINA PRE Y POST GLUCOSA | SI | |
| 137 | 906121 | Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 138 | 906030 | Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 139 | 902216 | LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL) | SI | |
| 140 | 906714 | LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 141 | 906744 | LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 142 | 903847 | LIPASA | SI | |
| 143 | 904107 | HORMONA LUTEINIZANTE | SI | |
| 144 | 901229 | MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 145 | 901230 | Mycobacterium tuberculosis CULTIVO | SI | |
| 146 | 901232 | Neisseria gonorrhoeae CULTIVO | SI | |
| 147 | 903856 | NITROGENO UREICO | SI | |
| 148 | 903857 | NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 149 | 905739 | *OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA | SI | |
| 150 | 908890 | DETECCION Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN | SI | |
| 151 | 904706 | PEPTIDO C | SI | |
| 152 | 904108 | PROLACTINA | SI | |
| 153 | 904109 | PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS) | SI | |
| 154 | 902034 | PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO | SI | |
| 155 | 902033 | PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD | SI | |
| 156 | 906913 | PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO | SI | |
| 157 | 902036 | PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL | SI | |
| 158 | 902035 | PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD | SI | |
| 159 | 902037 | PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE | SI | |
| 160 | 903861 | PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA] | SI | |
| 161 | 903862 | PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 162 | 903874 | PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL | SI | |
| 163 | 902218 | RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA | SI | |
| 164 | 902219 | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | SI | |
| 165 | 902220 | RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO | SI | |
| 166 | 902221 | RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL | SI | |
| 167 | 902224 | RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO | SI | |
| 168 | 902223 | RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL | SI | |
| 169 | 902039 | RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V) | SI | |
| 170 | 906241 | Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO | SI | |
| 171 | 906243 | Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO | SI | |
| 172 | 907008 | SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] | SI | |
| 173 | 906915 | PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL | SI | |
| 174 | 903864 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | SI | |
| 175 | 904101 | SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1] | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 176 | 905503 | TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 177 | 904601 | TESTOSTERONA LIBRE | SI | |
| 178 | 904602 | TESTOSTERONA TOTAL | SI | |
| 179 | 902044 | EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS | SI | |
| 180 | 902045 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | SI | |
| 181 | 902048 | TIEMPO DE TROMBINA | SI | |
| 182 | 902049 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | SI | |
| 183 | 904920 | TIROGLOBULINA | SI | |
| 184 | 904921 | TIROXINA LIBRE | SI | |
| 185 | 904922 | TIROXINA TOTAL | SI | |
| 186 | 903863 | PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS | SI | |
| 187 | 906127 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO | SI | |
| 188 | 906129 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO | SI | |
| 189 | 906134 | TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 190 | 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] | SI | |
| 191 | 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | SI | |
| 192 | 903045 | TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA | SI | |
| 193 | 906039 | Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA | SI | |
| 194 | 903868 | TRIGLICERIDOS | SI | |
| 195 | 904924 | TRIYODOTIRONINA LIBRE | SI | |
| 196 | 904925 | TRIYODOTIRONINA TOTAL | SI | |
| 197 | 906132 | Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL | SI | |
| 198 | 906131 | Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 199 | 903869 | UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS | SI | |
| 200 | 901235 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE | SI | |
| 201 | 901236 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 202 | 901237 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO | SI | |
| 203 | 906247 | Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 204 | 906248 | Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 205 | 906249 | Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS | SI | |
| 206 | 903703 | VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA] | SI | |
| 207 | 903706 | VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL] | SI | |
| 208 | 903707 | VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL] | SI | |
| 209 | 903608 | ZINC | SI | |
| 210 | 907106 | UROANALISIS | SI | |
| 211 | 906128 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 212 | 903883 | GLUCOSA SEMIAUTOMATICA (GLUCOMETRIA) | SI | |
| 213 | 906914 | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 214 | 903859 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | SI | |
| 215 | 903028 | MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA | SI | |
| 216 | 903026 | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL | SI | |
| 217 | 903027 | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 218 | 903801 | ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | SI | |
| 219 | 901002 | ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO | SI | |
| 220 | 906440 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO | SI | |
| 221 | 906442 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 222 | 906621 | CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 223 | 901111 | BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS | SI | |
| 224 | 903009 | CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H | SI | |
| 225 | 903010 | CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA | SI | |
| 226 | 906206 | Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 227 | 903813 | CLORO | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 228 | 903817 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO | SI | |
| 229 | 906907 | COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 230 | 907004 | COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS | SI | |
| 231 | 904807 | CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS | SI | |
| 232 | 903876 | CREATININA EN ORINA PARCIAL | SI | |
| 233 | 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | SI | |
| 234 | 904809 | DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA | SI | |
| 235 | 904503 | ESTRADIOL | SI | |
| 236 | 906911 | FACTOR REUMATOIDEO MANUAL | SI | |
| 237 | 906910 | FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 238 | 903016 | FERRITINA | SI | |
| 239 | 906836 | INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO | SI | |
| 240 | 906835 | INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 241 | 906829 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO | SI | |
| 242 | 906832 | INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO | SI | |
| 243 | 903605 | IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO] | SI | |
| 244 | 904912 | HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA | SI | |
| 245 | 906228 | Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 246 | 906229 | Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 247 | 906230 | *Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 248 | 902208 | HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 249 | 902209 | HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO | SI | |
| 250 | 903427 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA | SI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 251 | 906625 | GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 252 | 901326 | Leishmania EXAMEN DIRECTO | SI | |
| 253 | 911003 | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA | SI | |
| 254 | 906406 | ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | SI | |
| 255 | 911015 | HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA | SI | |
| 256 | 911019 | HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA | SI | |
| 257 | 911021 | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA | SI | |
| 258 | 906414 | CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [CANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO | SI | |
| 259 | 906906 | COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO | SI | |
| 260 | 906908 | COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO | SI | |

## OTRAS ESPECIFICACIONES TECNICAS VERIFICABLES

| ITEMS | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | El oferente deberá certificar que cuenta con todos los elementos, insumos y equipos de apoyo diagnóstico necesarios para la realización del mismo | SI | |
| 2 | El Oferente deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos:<br><br>Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.<br>Horarios de Atención para los usuarios<br>Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial)<br>Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas<br>Entrega de copia de servicios prestados<br>Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.¡ | SI | |
| 3 | Con el fin de garantizar la calidad de la prestación de servicios laboratorio especializados a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta certificados de contratos ejecutados, cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o mayor al cincuenta por ciento (50%) del valor del presupuesto.<br>Las certificaciones deben contener la siguiente información:<br>Nombre del contratante<br>Objeto del contrato<br>Número del contrato | SI | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Valor del contrato<br>Plazo<br>Fechas de inicio y finalización<br>Nombre del contratista.<br>Grado de satisfacción<br><br>No se admiten:<br>-Certificaciones de Subcontrataciones<br>-No se acepta auto certificaciones.<br>-Copias de facturas órdenes de pago etc.<br>-Copias de Contratos.<br>-Copias de las actas de liquidación<br><br>Las certificaciones deberán estar suscritas por el representante legal del contratante o por la persona autorizada para tal fin.<br>Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.<br>NOTA 1: En caso de que el oferente haya firmado contratos con Regional de Aseguramiento en Salud N°2 y con la Policía Nacional de Putumayo, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificara la información, según la Ley 019 de del 2012. ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD. | | |
| 4 | 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".<br>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.<br>Nota: La certificación será presentada al momento de la presentación de la oferta.<br>El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el ANEXO FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST del presente estudio previo firmado por el representante legal de la entidad oferente. | SI | |
| 5 | El oferente deberá certificar que se compromete a:<br><br>Garantizar que cada reporte de la atención realizada a nuestros usuarios tendrá firma, sello con nombre claro, profesión y registro profesional. No utilizar siglas, describir en forma completa los hallazgos.<br>Todos los exámenes efectuados deberán cumplir los requisitos de calidad y confiabilidad<br>El oferente FACILITARA los protocolos para el transporte y embalaje de las muestras<br>El oferente debe cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes Presentar el Certificado de declaratoria de requisitos esenciales de la Secretaría de Salud, como laboratorio clínico | SI | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | especializado<br>Informar al supervisor del contrato una vez se encuentre ejecutado en un Cincuenta (50%) y Ochenta (80%) respectivamente<br>Prestar único y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización escrita y firmada por el Medico de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo<br>Facturar los servicios de salud prestados de acuerdo a la clasificación utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), tarifas pactadas y en forma independientes los servicios prestados, presentar en medio magnético el soporte respectivo que permita el cargue de la información en el aplicativo de la Policía Nacional<br>Cumplir con las rutas de atención integral en salud conforme al tipo de servicio que se contrata<br>Dar cumplimiento y aplicabilidad del Decreto 441 de 2022 y demás resoluciones relacionadas al mismo<br>Garantizar la atención de los usuarios con previa autorización del supervisor<br>Deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conforrnidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.<br>El oferente se compromete a presentar respuestas oportunas a las glosas realizadas por el auditor de cuentas de cada unidad<br>Sostendrá los precios y tarifas ofrecidas durante el plazo de ejecución del contrato y sus adicciones<br>La atención de toda Gestante y/o maternos niños menores de 5 años y adultos mayores, usuarios oncológicos, será prioritaria<br>Prestar en forma continua y permanente los servicios a los usuarios del subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL – UPRES PUTUMAYO, bajo los principios de eficacia, universalidad, calidad y solidaridad | | |
| 6 | El oferente deberá certificar que la prestación del servicio para consulta externa en el horario de lunes a viernes de 07:00 horas a 18:00 horas, y sábados desde las 08:00 horas a las 12:00. | SI | |
| 7 | Presentar en medio magnético la relación de los servicios habilitados y contratados utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), con el respectivo valor según tarifa pactada, que permita el cargue de la información en el aplicativo de la Policía Nacional para la respectiva actualización de los contratos. | SI | |
| 8 | El oferente no deberá estar relacionado en el registro único de infractores ambientales RUIA (Anexar certificado) | SI | |
| 9 | EL OFERENTE mediante certificación designara un funcionario, para la coordinación con el supervisor del contrato para que vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y soluciones los inconvenientes que se presenten e informe el contrato este en un (50%) por ciento consumido. Una vez recibida la información estudiara la viabilidad de adicionar el contrato.<br><br>Diligencia la siguiente información:<br><br>Nombre:<br>Teléfonos:<br>Correo electrónico: | SI | |
| 10 | oferente deberá certificar que la oportunidad de entrega de resultados para consulta externa será dentro de las 24 horas siguientes a la entrega de la muestra para exámenes I y II nivel, para los exámenes de III y IV será de acuerdo a lo establecido por el laboratorio según procesos y portafolio de exámenes 8 días hábiles y para las urgencias 2 horas después de ingresar al laboratorio contratado. (anexar certificado) | SI | |
| 11 | El oferente deberá certificar, que en caso de solicitar exámenes que no se encuentren dentro del Plan de Beneficios de SSMP o dentro de las condiciones técnicas requeridas, se podrán incluir durante la ejecución del contrato, exámenes o procedimientos que no hayan sido incluidos en el presente proceso, podrá ser realizado el mismo con previa cotización por parte del contratista, el cual no podrá exceder los precios del mercado y con el descuento estipulado en el contrato, con autorización del jefe de la Unidad y | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ordenador del gasto mediante modificatorio. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida de los mismos. | | |
| 12 | NIVEL DE EDUCACION<br><br>El oferente deberá presentar una certificación firmada por el representante legal, en donde presente y demuestre que todo el personal de su entidad cuenta con los estudios profesionales propicios para la prestación de los servicios que hacen parte de la necesidad que se pretende satisfacer, con experiencia laboral mínima de un (1) año, con la disponibilidad permanente durante la ejecución del futuro contrato y, que no se encuentra inhabilitados para ejercer la prestación del servicio.<br>En todo caso el oferente deberá demostrar el estándar del talento humano que se encuentra capacitado, para ello, deberá certificar que cuenta como mínimo:<br><br>Un (01) Bacteriólogo<br>Dos (02) Auxiliar de Enfermería con certificación en toma de muestras de exámenes de laboratorio clínico<br>Un (1) Auxiliar administrativo -atención al usuario<br>Un (1) Facturador<br><br>Adicionalmente en la certificación, el oferente garantizará que el personal se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud RETHUS.<br><br>Este aspecto se verificará en el diligenciamiento del formulario certificación capacidad técnica y en el Anexo N°2 condiciones técnicas. | SI | |
| 13 | CAPACIDAD OPERATIVA<br><br>El oferente deberá CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO escrito firmado por el representante legal de la entidad, que tiene la capacidad en instalaciones, maquinaria, equipos, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que le que le permitirán cumplir a cabalidad con el objeto contractual.<br>Además, que podrá prestar de manera oportuna los servicios objeto del presente proceso de contratación.<br>El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo; dando aplicación a lo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y/o todas aquellas normas que modifiquen, adicionen o deroguen.<br>De acuerdo con lo anterior, debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento del Putumayo para cada servicio ofertado en la ciudad de Mocoa, los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.<br>De igual forma, dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información:<br>Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.<br>Horarios de Atención para los usuarios.<br>Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial).<br>Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas.<br>Entrega de copia de servicios prestados.<br>Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.<br><br>Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta. | SI | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14 | EL PROPONENTE DEBERÁ:<br>PERSONA JURIDICA: 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, 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 (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.<br>PERSONA NATURAL: aportar diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que cuenta con la experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. | SI | |
| 15 | CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.<br><br>El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social con sus adicciones y modificaciones.<br>De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento, los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.<br>Debe contar como mínimo una de las siguientes habilitaciones: LABORATORIO CLINICO Y/O TOMA DE MUESTRAS. | SI | |
| 16 | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.<br>El oferente debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 1011 de 2006 copilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y teniendo en cuenta el Decreto 903 de 2014 del Ministerio de la Protección Social "...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...", con sus adicciones y modificaciones.<br>De acuerdo con lo anterior debe anexar con la oferta mínimo los siguientes documentos:<br>Allegar la certificación del PAMEC ante la Superintendencia de Salud.<br><br>Copia de protocolos de atención segura de pacientes.<br><br>El oferente debe certificar el buen funcionamiento de los equipos que serán utilizados para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar.<br><br>El oferente mediante documento escrito dirigido al jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2, debe garantizar que permitirá la realización de actividades de auditoria médica y cuentas en IPS oferente, además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes.<br><br>El oferente mediante carta Dirigida al Jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2 firmada por el representante legal garantizará que dará cumplimiento a lo establecido en la ley 594 de 2000 "...POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTA LA LEY GENERAL DE ARCHIVOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES..." por lo cual presentara la documentación en carpeta blanca con 4 alas, sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, máximo 200 folios, foliada a lápiz en la parte superior derecha; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una | SI | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja tamaño carta. | | |
| 17 | MODELO DE ATENCION<br>Entregar formalmente junto con la propuesta el MODELO DE ATENCION EN SALUD previamente definido por la entidad oferente. | SI | |
| 18 | Para pruebas especializadas que requieran preparación especial el paciente asistirá a las instalaciones de la sede del laboratorio especializado del contratista, durante la vigencia del contrato, con el respectivo boletín autorizado y copia de documentos de identificación. | SI | |
| 19 | El oferente mediante certificación 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". (Anexar certificación) | | |
| 20 | El oferente deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud del Departamento, líneas telefónicas disponibles, debe incluir además lo siguiente:<br><br>Dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información:<br>Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.<br>Horarios de Atención para los usuarios<br>Entrega de resultados<br>Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos. | SI | |
| 21 | El servicio de laboratorio clínico de mediana complejidad cuenta con:<br><br>Toma de muestras<br>Unidad funcional de laboratorio clínico<br>Módulos para la toma de muestras<br>Equipos manuales, semi-automatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen. | SI | |
| 22 | MEDIDAD DE BIOSEGURIDAD<br>El oferente deberá certificar que cumpla con las normas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, así como con la normatividad vigente para el manejo de desechos sólidos, desechos generados en la atención en salud, vertimientos líquidos de acuerdo a la normatividad establecida para tal efecto por el Ministerio de Salud y Ministerio del medio ambiente.<br><br>Registrar y suministrar los siguientes documentos para su revisión<br><br>Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud, PGIRASA actualizado (Decreto 1076, Decreto 351 de 2014, Resolución 2184 de 2019).<br>Certificado de Registro de generador de residuos peligrosos en la atención en salud (mediante el link del IDEAM).<br>Informe de indicadores ambientales radicado en la autoridad ambiental. | SI | |
| 23 | Facturar los servicios de salud prestados de acuerdo a la clasificación utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), tarifas pactadas y en forma independientes los servicios prestados, presentar en medio magnético el soporte respectivo que permita el cargue de la información en el aplicativo de la Policía Nacional. | SI | |
| 24 | MANTENER PRECIOS: El oferente deberá certificar que mantendrán los precios y condiciones ofertados, durante la vigencia del presente contrato, toda vez que no se realizarán ajustes o adiciones fiscales al presupuesto existente del posible contrato. Anexar certificación debidamente firmada por el representante legal. | SI | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | El oferente no debe encontrarse en el Registro Único de Infractores Ambiental RUIA. SO PENA DE RECHAZO DE LA OFERTA. (Anexar certificación firmada por el representante legal). | SI | |
| 26 | El oferente deberá certificar que la dirección de la Institución con los números telefónicos de los contactos (representante legal- coordinador de laboratorio) para ser localizado en caso de urgencias y/o establecer contacto para fines de coordinar la toma de laboratorios programados. | SI | |
| 27 | Presentar certificación del cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que deberá ser desarrollado por un profesional con licencia. De acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072/2015 y la Resolución 00312 de 2019. | SI | |
| 28 | Deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional cumplirá con lo establecido en la resolución 1995 de 1999 en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica. | SI | |
| 29 | En el caso de que sean necesitados y/o requeridos procedimientos y/o exámenes que no están incluidos en el contrato, podrán ser adicionados dentro del mismo, bajo los siguientes parámetros:<br>Deberán ser cotizados por la entidad contratista, aplicando los mismos descuentos de los demás servicios pactados al inicio del contrato.<br>El contratista indicará y presentará la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 del 2019 con sus modificaciones.<br>Indicar si es el caso, tutela, desacato u orden de autoridad judicial o CTC o autorizado por el médico tratante.<br>Todo servicio se prestará una vez tenga el aval del supervisor del contrato, el jefe de la unidad y el jefe de la regional, previa revisión y verificación, con la expedición del modificatorio.<br>La entidad contratista será notificada del servicio adicional incluido, el cual será facturado según lo pactado y con cargo al contrato suscrito.<br><br>Esto con el fin de asegurar el tratamiento inmediato, oportuno y adecuado de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional que requieran procedimientos o servicios de salud, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de la salud y el derecho a la vida de los mismos | SI | |
| 30 | El oferente deberá certificar que los equipos biomédicos empleados para los diferentes procedimientos deberán estar en perfecto estado de funcionamiento, asegurando así una buena prestación del servicio sin generar retrasos e inconformidades por parte de nuestros usuarios. (Anexar certificación) | SI | |

**CONCLUSIÓN:**

La empresa **DIAGNOSTICOS E.U.** identificado con NIT. No **846001425-0,** representante legal señor **ARIAS OLAVE DANIEL ANGEL**, identificado con **C.C. 16.275.129**, ostento con los documentos de orden técnico los cuales son exigidos dentro del proceso No **PN RASES No.2 CD 017 2025**, por lo anterior el oferente antes mencionado **CUMPLE.**

Subintendente **JANER IVAN CORTES BANGUERA**
Integrante Comité Técnico

Carrera 8 calle 8 esquina Barrio Centro
**depuy. upres@. policia.gov.co**
www.policia.gov.co

**CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACION**