Institución Universitaria Reacreditada en Alta Calidad	**FORMATO PRESENTACIÓN DE COTIZACIÓN**	CÓDIGO VERSIÓN FECHA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y COTIZACIÓN

SEÑORES
INSTITUTO TECNOLÓGICO METROPOLITANO
MEDELLÍN

Solicitud de Información a Proveedores

OBJETO PROBABLE : Suministro a demanda de Exámenes de Laboratorio

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEMS	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CANT.	UNIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	% DE IVA	VALOR DEL IVA	VALOR UNITARIO IVA INCLUIDO
1	HEMOLEUCOGRAMA	1	MUESTRA	$ 18.000,00	0%	$ -	$ 18.000,00
2	COLESTEROL TOTAL	1	MUESTRA	$ 10.000,00	0%	$ -	$ 10.000,00
3	COLESTEROL HDL	1	MUESTRA	$ 10.000,00	0%	$ -	$ 10.000,00
4	COLESTEROL LDL	1	MUESTRA	$ 10.000,00	0%	$ -	$ 10.000,00
5	TRIGLICERIDOS	1	MUESTRA	$ 10.000,00	0%	$ -	$ 10.000,00
6	PERFIL LIPIDICO	1	MUESTRA	$ 30.000,00	0%	$ -	$ 30.000,00
7	GLICEMIA EN AYUNAS	1	MUESTRA	$ 10.000,00	0%	$ -	$ 10.000,00
8	PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE	1	MUESTRA	$ 15.000,00	0%	$ -	$ 15.000,00
9	PRUEBA DE VIH	1	MUESTRA	$ 30.000,00	0%	$ -	$ 30.000,00
10	VDRL	1	MUESTRA	$ 15.000,00	0%	$ -	$ 15.000,00
11	CITOLOGIA CERVICOVAGINAL	1	MUESTRA	$ 25.000,00	0%	$ -	$ 25.000,00
							0
							VALOR DEL IVA
							VALOR TOTAL IVA INCLUIDO

ADILAB AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO **NOMBRE DEL COTIZANTE** **CC o NIT 900341857-2**	Dra Helena Valencia **FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERS**

FBS 101
01
06-03-2023

VALOR TOTAL ANTES DE IVA	
$	18.000,00
$	10.000,00
$	10.000,00
$	10.000,00
$	10.000,00
$	30.000,00
$	10.000,00
$	15.000,00
$	30.000,00
$	15.000,00
$	25.000,00
$	183.000,00
$	-
$	183.000,00



ONA NATURAL