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

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

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

CONDICIONES TÉCNICAS

GRUPO No 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 "**ANEXO 3 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 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 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 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 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 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		

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

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

Los servicios requeridos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA que no hayan quedado descritos en el anexo de CUPS que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas mediando solicitud del supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de estos servicios el contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del contratante, la cual será objeto de revisión por el supervisor del contrato quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad y en caso que la cotización del contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como urgentes los cuáles serán sujetos a

verificación por Auditoría Médica debiendo ser reportados al Grupo de redes integrales - Oficina de referencia y contrarreferencia a los siguientes correos: deara.upres-rco@policia.gov.co, mediante la cual se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente sobre referencia y solicitud de autorizaciones Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

Patrullero **YULY PABON NAVARRO**
Jefe Grupo Prestador de Atencion en salud UPRES-DEARA

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en la Parte 2 – Titulo 1 – Capitulo 1 – Sección 1 – Subsección 6 del Decreto 1082 de 2015.

GARANTÍAS DEL PROCESO

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 un (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 tres (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.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5. -RASES- SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES.

EN LA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO SE DEBE SEÑALAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO, 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.

LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR. DEBE INCLUIRSE A LA UNIDAD COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
Multa	Riesgo Jurídico	Incumplimiento parcial	Multas cuyo valor se liquidará con base en un cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor dejado de cumplir o entregar.	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo hasta por un plazo de quince (15) días calendario, que se descontará del saldo que le adeude la Entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo motivado, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella.	Ampara la mora o incumplimiento parcial de alguna obligación derivada del contrato por causas imputables al contratista

Multa	Riesgo jurídico	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única.	Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato.	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por diez (10) días calendario.	Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única.
Cláusula Penal Pecuniaria	Riesgo jurídico	Incumplimiento total – declaratoria de caducidad	Veinte por ciento (20%) del valor total de contrato	Contratista	El Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato cuando se trate de incumplimiento total del mismo y proporcional al incumplimiento parcial del contrato.	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista, se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad

Patrullero **YULY PABON NAVARRO**
Jefe Grupo Prestador de Atencion en salud UPRES-DEARA

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

POLICÍA NACIONAL

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta la ejecución del contrato	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	ESPECIFICO	INTERNO	PLANEACIÓN	OPERACIONAL	RIESGOS ASOCIADOS AL NO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LA INVITACIÓN.	DECLARATORIA DESIERTO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN	2	4	4		ENTIDAD	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/ CENTRALIZANDO LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL ESTUDIO PREVIO; LO CUAL ES INFORMADO A LOS OFERENTES POR MEDIO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN.	1	1	4	4	NO	NO	COMITÉ EVALUADOR (TÉCNICO, ECONÓMICO Y JURÍDICO)	PRESENTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
2	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	NATURALEZA	QUE EL CONTRATISTA NO CUMPLA CON EL HORARIO ESTABLECIDO PARA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	6	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/ EL SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA DEBERÁ VERIFICAR Y COORDINAR CON EL CONTRATISTA EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	1	3	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
3	ESPECIFICO	EXTERNO	SELECCIÓN	ECONÓMICO	QUE EL CONTRATISTA NO CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN LA ACEPTACIÓN DE OFERTA COMO LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	3	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/EL SUPERVISOR DEBERÁ REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN LA ACEPTACIÓN DE OFERTA CON RESPECTO A LA CALIDAD DEL SERVICIO	1	2	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
4	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCIÓN	AMBIENTAL	QUE LOS SERVICIOS PRESTADOS CAUSEN UN AFECTACIÓN A ALGÚN USUARIO	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	3	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO / EL SUPERVISOR DEBERÁ REALIZAR SEGUIMIENTO OPORTUNO AL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1	2	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual
5	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO GENERE UN DAÑO O LESIÓN A UN USUARIO	QUE NO SE CUMPLA CON EL OBJETO CONTRACTUAL	1	4	4		CONTRATISTA	REDUCIR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA/EL SUPERVISOR DEBERÁ REALIZAR CONTROL A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1	3	4	4	SI	SI	SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA	Por medio del supervisor del presente contrato	mensual

Patrullero **YULY PABON NAVARRO**
Jefe Grupo Prestador de Atencion en salud UPRES-DEARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Las demás que por Ley sean establecidas.

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
OBLIGACIONES 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, se enviará por parte del Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo a través de correo electrónico, el listado del personal que se realizará los exámenes, el cual debe presentarse con el documento de identificación el día programado.

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.

CIUDAD Y FECHA

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

Referencia: Acuerdo de confidencialidad 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 o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante , identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

CIUDAD Y FECHA

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

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: 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), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

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

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

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

Nota: seleccionar, según corresponda.

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

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

- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

El proponente:

_____

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	

CIUDAD Y FECHA

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

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, 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,

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	

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).

El proponente:

_____

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

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

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
OFERTA ECONÓMICA	

CIUDAD Y FECHA

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

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO APLICABLE A CADA ÍTEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO IVA INCLUIDO
1	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	_____%
2		
3		

GRUPO 1

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	**PTERINAS, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE	$ 754.909
2	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	$ 104.233
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	**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA Incluye: UMBRALES ELECTROFISIOLOGICOS CON ESTIMULO CLICK, UMBRALES DE FRECUENCIA ESPECIFICA, UMBRALES CON ESTADO ESTABLE	$ 250.000
6	**TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	$ 29.023
7	**ANALISIS DE AZUCARES Y DERIVADOS	$ 40.674
8	**PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$ 260.453
9	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 67.616

10	**EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	$ 41.610
11	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	$ 65.688
12	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$ 95.917
13	**ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$ 109.226
14	**ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION Incluye: AQUEL EN DETECCION DE ENFERMADES CUTANEAS COMO HERPES SIMPLE, ACANTALOSIS, AMPOLLOSAS ENTRE OTRAS CAUSAS, MEDIANTE PRUEBAS COMO TZANK U OTRAS	$ 31.208
15	**HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 52.221
16	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA	$ 102.257
17	**HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$ 52.221
18	**TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	$ 46.499
19	**CUMARINICOS Incluye: OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES A LA WARFARINA	$ 81.348
20	**WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 72.818
21	**WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 203.780
22	**ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 58.046
23	**BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.499
24	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 361.529
25	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 361.529
26	**LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.720
27	**LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.720
28	**OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS	$ 69.697
29	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$ 148.652
30	**BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)	$ 1.460.493
31	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO	$ 847.908
32	**CARIOTIPO CON BANDEO G	$ 371.681
33	**CARIOTIPO CON BANDEO Q	$ 331.008
34	**CARIOTIPO CON BANDEO C	$ 331.008
35	**CARIOTIPO CON BANDEO RT	$ 371.681
36	**CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]	$ 418.076
37	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	$ 371.681
38	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	$ 336.833
39	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	$ 371.681
40	**ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	$ 1.466.618
41	**ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	$ 1.541.618
42	**PRUEBA DE CROMATINA	$ 69.697
43	**Aspergillus, ANTICUERPOS POR LATEX	$ 34.848
44	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 158.581
45	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.499
46	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.069
47	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.317
48	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.221
49	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 741.636
50	**Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$ 52.221
51	**Echinococcus ANTICUERPOS	$ 34.848
52	**Coccidioides ANTICUERPOS	$ 40.674
53	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 12.795
54	**Entamoeba histolltica ANTICUERPOS MANUAL	$ 12.795
55	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 17.164
56	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19.765
57	**ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA	$ 49.100
58	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 94.039
59	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.050
60	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$ 79.267
61	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 85.717
62	**FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4	$ 21.845
63	**CURVA DE LACTOSA	$ 164.347
64	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 12.795
65	**ALDOLASA	$ 34.120
66	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 38.281
67	**ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 21.221
68	**ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 21.221
69	**ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 21.221

70	**ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$ 87.940
71	**ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$ 125.210
72	**APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$ 97.411
73	**APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	$ 97.411
74	**BETA TROMBOGLOBULINA	$ 52.221
75	**LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.864
76	**LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 99.864
77	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.830
78	**LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 98.720
79	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.046
80	**MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 60.439
81	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.046
82	**MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 58.046
83	**PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.849
84	**PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 171.849
85	**PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.849
86	**PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 171.849
87	**CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 27.879
88	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 14.927
89	**COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA Incluye: Cryptococcus neoformans	$ 16.228
90	**COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$ 68.242
91	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 29.023
92	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$ 67.616
93	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$ 104.025
94	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 77.083
95	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 114.428
96	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 104.025
97	**MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 93.623
98	**Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 93.623
99	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$ 63.871
100	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 11.651
101	**Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 263.075
102	**COLIGLICINA	$ 55.757
103	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$ 137.714
104	**FRUCTOSAMINA	$ 29.023
105	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 49.536
106	**HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 46.669
107	**ISOLEUCOAGLUTININAS	$ 22.053
108	**SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.996
109	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 41.818
110	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 41.818
111	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$ 128.887
112	**COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 372.826
113	**COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.522
114	**ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	$ 69.073
115	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 88.317
116	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	$ 88.317
117	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 76.042
118	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 52.845
119	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 41.818
120	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 93.145
121	**FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 16.852
122	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 333.422
123	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 231.144
124	**INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.251
125	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	$ 169.767
126	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 39.145
127	**Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA RAPIDA O DIRECTA)	$ 41.610
128	**FENILALANINA CUALITATIVA	$ 59.194

129	**GALACTOSA	$ 23.198
130	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL	$ 73.130
131	**Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 33.704
132	**Adenovirus ANTIGENO	$ 61.583
133	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22.053
134	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.560
135	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$ 73.130
136	**Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	$ 10.403
137	**Shiguella SEROTIPIFICACION	$ 26.734
138	**Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACION	$ 26.734
139	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION	$ 20.909
140	**Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD	$ 332.199
141	**PRUEBA DE CONCENTRACION BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS	$ 32.560
142	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	$ 52.221
143	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 9.591
144	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 13.820
145	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 34.848
146	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 34.848
147	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 34.848
148	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 39.530
149	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	$ 39.530
150	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 343.803
151	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 267.136
152	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.864
153	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$ 99.864
154	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 99.864
155	**QUERATINA ANTICUERPOS	$ 80.099
156	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.115
157	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.115
158	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.613
159	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.145
160	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.076
161	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.145
162	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.076
163	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.016
164	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 49.639
165	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.237
166	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 537.705
167	**AGLUTININAS AL CALOR	$ 10.403
168	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 66.160
169	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 89.462
170	**Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCION DEL PROVIRUS REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 480.321
171	**Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 280.056
172	**Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 323.237
173	**Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 314.582
174	**Herpes simplex CARGA VIRAL	$ 388.489
175	**Coxsackie A IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 117.340
176	**Coxsackie B IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 117.340
177	**Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 295.742
178	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 291.769
179	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 23.198
180	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$ 23.198
181	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	$ 60.439
182	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$ 58.296
183	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$ 63.871
184	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 63.871
185	**DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 9.258
186	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$ 11.027

187	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$ 23.198
188	**FACTOR III PLAQUETARIO	$ 37.137
189	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$ 23.198
190	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 106.677
191	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$ 96.452
192	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 106.677
193	**FACTOR X [STUART PROWER]	$ 106.677
194	**FACTOR XI [PTA]	$ 106.677
195	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 106.677
196	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$ 163.197
197	**HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	$ 274.250
198	**HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]	$ 142.538
199	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.115
200	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 52.221
201	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 40.258
202	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$ 71.985
203	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	$ 63.871
204	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 63.871
205	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 10.194
206	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 13.939
207	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 13.939
208	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$ 41.818
209	**PLASMINA [FIBRINOLISINA]	$ 37.137
210	**PLASMINOGENO	$ 41.818
211	**PRECALICREINA	$ 582.540
212	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 41.818
213	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	$ 75.522
214	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$ 75.522
215	**PRUEBA DE PROTAMINA	$ 53.469
216	**RETRACCION DE COAGULO	$ 12.795
217	**TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	$ 12.795
218	**TIEMPO DE COAGULACION	$ 10.403
219	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 34.848
220	**TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$ 5.201
221	**TIEMPO DE TROMBINA	$ 9.258
222	**CELULAS L.E.	$ 16.956
223	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$ 11.027
224	**ERITROPOYETINA	$ 52.221
225	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 12.795
226	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	$ 13.835
227	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 46.499
228	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 33.704
229	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 33.704
230	**LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	$ 24.342
231	**LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 nm)	$ 49.100
232	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$ 48.788
233	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	$ 58.566
234	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 61.583
235	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	$ 29.023
236	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$ 32.560
237	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 43.236

238	**COPROLOGICO	$ 6.970
239	**COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	$ 33.778
240	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$ 17.996
241	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	$ 7.594
242	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 10.403
243	**RECUENTO HAMBURGUER	$ 20.373
244	**UROANALISIS	$ 13.364
245	**ESPERMOGRAMA BASICO Incluye: MORFOLOGIA Y RECUENTO	$ 53.469
246	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$ 180.257
247	**HEMOGLOBINA A 2	$ 90.893
248	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 29.023
249	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$ 74.898
250	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 94.039
251	**Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.807
252	**CALCIO AUTOMATIZADO	$ 13.915
253	**CALCIO IONICO	$ 41.610
254	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 41.818
255	**IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	$ 104.545
256	**ZINC	$ 55.757
257	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 55.757
258	**VITAMINA A [RETINOL]	$ 117.340
259	**VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 117.340
260	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 117.340
261	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 117.340
262	**VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 117.340
263	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9.258
264	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.228
265	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 52.221
266	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]	$ 81.348
267	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 19.045
268	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$ 27.412
269	**CREATINA	$ 13.939
270	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$ 8.634
271	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 55.266
272	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 117.340
273	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 11.427
274	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 11.427
275	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 9.258
276	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 17.915
277	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 11.548
278	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 21.013
279	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.284
280	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$ 33.700
281	**CLORO	$ 8.738
282	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8.738
283	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 17.208
284	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 24.075
285	**COLESTEROL TOTAL	$ 18.875
286	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 26.006
287	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 19.194
288	**CREATININA DEPURACION	$ 17.794
289	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.433
290	**DESHIDROGENASA LACTICA	$ 16.021
291	**Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.636
292	**Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.226
293	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.348
294	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 91.750
295	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 91.750

296	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.727
297	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 62.727
298	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.727
299	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 62.727
300	**Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 34.848
301	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.643
302	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.492
303	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.712
304	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.492
305	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.492
306	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.712
307	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	$ 6.970
308	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 48.164
309	**FOSFATASA ACIDA	$ 16.800
310	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 49.412
311	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$ 38.185
312	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$ 15.708
313	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$ 24.342
314	**GLUCOSA EN ORINA	$ 10.648
315	**LIPASA	$ 27.727
316	**LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 47.019
317	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.994
318	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 10.691
319	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 54.613
320	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.613
321	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.727
322	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.750
323	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 111.515
324	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 130.031
325	**FOSFATASA ALCALINA	$ 12.232
326	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 13.784
327	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.163
328	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 21.845
329	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye: CARGA DE GLUCOSA	$ 24.221
330	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 25.378
331	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA Incluye: CARGA DE GLUCOSA Excluye: 903884, 903885, 903886, 903887, 903888, 903889, 903890, 903891, 903892, 903893 y 903894	$ 68.552
332	**GLUCOSA TEST O¿ SULLIVAN	$ 23.072
333	**HIERRO TOTAL	$ 29.645
334	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 55.757
335	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 60.543
336	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$ 53.677
337	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 59.918
338	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$ 58.566
339	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 16.994
340	**NITROGENO UREICO	$ 9.776
341	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9.776
342	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 24.421
343	**CAFEINA AUTOMATIZADO	$ 41.402
344	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 41.402
345	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$ 26.526
346	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 73.442
347	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.442

348	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 31.936
349	**CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 31.936
350	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 30.167
351	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.167
352	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL	$ 43.481
353	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.499
354	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS	$ 53.989
355	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.348
356	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.348
357	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.530
358	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$ 94.039
359	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.666
360	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.666
361	**Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.712
362	**Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.212
363	**Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.712
364	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.656
365	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 73.130
366	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 73.130
367	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 77.811
368	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 77.811
369	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.666
370	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.307
371	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.278
372	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.731
373	**CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$ 118.276
374	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.849
375	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 171.849
376	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.849
377	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 171.849
378	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.849
379	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 171.849
380	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.849
381	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 171.849
382	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.431
383	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.985
384	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 114.428
385	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 24.421
386	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 11.651
387	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.776
388	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 9.660
389	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 28.503
390	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 17.124
391	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 17.124
392	**TRIGLICERIDOS	$ 13.443
393	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 104.538
394	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$ 63.133
395	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 18.620
396	**TIROGLOBULINA	$ 46.811
397	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 52.218
398	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 37.137
399	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.100
400	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 59.814
401	**Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 31.936
402	**ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 63.871
403	**PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	$ 52.013
404	**PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA	$ 54.613
405	**LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	$ 31.936

406	**PRUEBA DE INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	$ 30.687
407	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	$ 31.936
408	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 30.479
409	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 28.711
410	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 32.352
411	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 24.342
412	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION	$ 56.382
413	**LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	$ 56.382
414	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 418.308
415	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$ 41.818
416	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	$ 29.016
417	**Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.462
418	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.700
419	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 77.187
420	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.993
421	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.993
422	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.882
423	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.882
424	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 428.334
425	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 30.375
426	**HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 40.882
427	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 17.892
428	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 27.879
429	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 12.171
430	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$ 24.758
431	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 5.825
432	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$ 23.198
433	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.257
434	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 102.257
435	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.575
436	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 97.575
437	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.011
438	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 114.011
439	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.257
440	**LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 102.257
441	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.257
442	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 102.257
443	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.257
444	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 102.257
445	**Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 46.499
446	**Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.212
447	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19	$ 43.905
448	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.747
449	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.812
450	**DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 76.666
451	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$ 70.217
452	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$ 44.731
453	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$ 44.107
454	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 94.039
455	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.274
456	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 20.285
457	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 44.107
458	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 40.302
459	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 40.302
460	**AGLUTININAS AL FRIO	$ 12.171
461	**COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$ 30.167
462	**COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 26.734

463	**COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	$ 26.734
464	**COLORACION GIEMSA Y LECTURA	$ 26.734
465	**COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 20.518
466	**COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Microsporidia	$ 29.231
467	**Actinomyces CULTIVO	$ 29.023
468	**Bordetella pertussis CULTIVO	$ 33.080
469	**Brucella CULTIVO	$ 37.137
470	**Clostridium botulinum CULTIVO	$ 53.469
471	**Clostridium difficile CULTIVO	$ 53.469
472	**Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 51.076
473	**Cryptococcus neoformans CULTIVO	$ 37.137
474	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$ 56.069
475	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 34.848
476	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 30.167
477	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 51.076
478	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 23.198
479	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$ 23.198
480	**HEMATOCRITO	$ 3.433
481	**HEMOGLOBINA	$ 9.882
482	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 10.403
483	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 19.765
484	**PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 11.651
485	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$ 12.795
486	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 7.594
487	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 12.795
488	**TITULO ANTI D	$ 31.312
489	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$ 24.342
490	**ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 20.909
491	**ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 73.292
492	**BICARBONATO	$ 39.530
493	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 29.023
494	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 29.023
495	**CAROTENOS	$ 23.198
496	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.257
497	**LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 102.257
498	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.257
499	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 102.257
500	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.257
501	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 102.257
502	**ANGIOTENSINA II	$ 41.818
503	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 62.727
504	**RENINA TOTAL	$ 81.348
505	**HORMONA ANTIDIURETICA	$ 166.128
506	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$ 59.061
507	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 162.208
508	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$ 158.050
509	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 126.214
510	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	$ 167.272
511	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$ 58.046
512	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	$ 15.500
513	**ANTICOAGULANTE LUPICO	$ 58.566
514	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 63.871
515	**DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 12.171
516	**FIBRINOGENO	$ 19.141

517	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	$ 44.731
518	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 80.619
519	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 25.421
520	**TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	$ 4.057
521	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 11.651
522	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 6.970
523	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 4.889
524	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 8.322
525	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 19.730
526	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 10.403
527	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 12.795
528	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 7.178
529	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 51.076
530	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA Excluye: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 58.046
531	**CULTIVO PARA VIRUS	$ 199.728
532	**Helicobacter pylori CULTIVO	$ 60.439
533	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 65.432
534	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 65.432
535	**HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION	$ 65.432
536	**HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 65.432
537	**Legionella CULTIVO	$ 31.312
538	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 49.932
539	**ESTRICNINA AUTOMATIZADO	$ 63.871
540	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 62.727
541	**MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 62.727
542	**METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.674
543	**METACUALONA MANUAL	$ 40.674
544	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.543
545	**METADONA MANUAL	$ 27.879
546	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 36.409
547	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 36.409
548	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$ 33.704
549	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$ 33.704
550	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 23.822
551	**FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	$ 14.564
552	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO	$ 24.342
553	**HOMOCISTEINA	$ 98.720
554	**HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 76.666
555	**FERRITINA	$ 41.248
556	**ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 52.496
557	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 82.333
558	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 117.333
559	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 58.633
560	**HORMONA LUTEINIZANTE	$ 39.592
561	**PROLACTINA	$ 58.133
562	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 29.023
563	**ESTRADIOL	$ 55.321
564	**PROGESTERONA	$ 57.609
565	**TESTOSTERONA TOTAL	$ 58.242
566	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 65.016
567	**INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 59.423
568	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 62.727
569	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 62.727
570	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 31.410
571	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$ 85.863
572	**TIROXINA LIBRE	$ 43.429
573	**TIROXINA TOTAL	$ 42.929
574	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 12.795

575	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 28.833
576	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$ 60.736
577	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$ 60.736
578	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 15.084
579	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 45.248
580	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 83.636
581	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 58.609
582	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$ 18.620
583	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$ 69.026
584	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$ 75.026
585	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 54.613
586	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$ 55.757
587	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$ 51.700
588	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS	$ 53.469
589	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$ 31.312
590	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$ 31.312
591	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA	$ 53.677
592	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	$ 40.674
593	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$ 55.133
594	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$ 55.133
595	**PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 37.137
596	**PIRETRINAS MANUAL	$ 47.643
597	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$ 47.643
598	**PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 47.643
599	**PIRETROIDES MANUAL	$ 47.643
600	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.156
601	**PRIMIDONA MANUAL	$ 84.156
602	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 48.788
603	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 48.788
604	**QUININA SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.167
605	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 2.770.498
606	**Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 26.734
607	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$ 29.023
608	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 173.511
609	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 155.829
610	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.287
611	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 23.198
612	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.962
613	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$ 42.962
614	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.340
615	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.340
616	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO	$ 33.704
617	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.666
618	**TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 46.351
619	**TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 42.351
620	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.657
621	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 91.750
622	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 91.750
623	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.610
624	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.296
625	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.096
626	**Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.266
627	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.050
628	**Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.688
629	**Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.550
630	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.050

631	**Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.599
632	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.266
633	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 82.700
634	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 77.187
635	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 64.657
636	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 64.550
637	**FENCICLIDINA	$ 29.023
638	**AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 37.137
639	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 56.902
640	**KANAMICINA AUTOMATIZADO	$ 37.137
641	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 37.137
642	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 54.613
643	**DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 68.552
644	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 68.552
645	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 76.042
646	**RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES Incluye: BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA	$ 68.552
647	**SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 30.167
648	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.167
649	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	$ 37.137
650	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.499
651	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 26.200
652	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.556
653	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 81.556
654	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 81.556
655	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 81.556
656	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 81.556
657	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.811
658	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.593
659	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 66.160
660	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.046
661	**Influenza ANTIGENO	$ 51.076
662	**Legionella spp ANTIGENO	$ 104.545
663	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO	$ 44.107
664	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	$ 31.312
665	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19.765
666	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.955
667	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	$ 73.423
668	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL	$ 34.848
669	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 25.070
670	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 127.223
671	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 48.788
672	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.496
673	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.496
674	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 59.190
675	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.718
676	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.972
677	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.250
678	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 63.871
679	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.369
680	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.044
681	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.895
682	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.705
683	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.905
684	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.768
685	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.484
686	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.442
687	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 62.727
688	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$ 13.939
689	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 79.579
690	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$ 56.382
691	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 56.382
692	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 73.130

693	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 40.674
694	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.674
695	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$ 48.788
696	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 48.788
697	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	$ 34.848
698	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$ 34.848
699	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 34.848
700	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$ 52.221
701	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$ 28.815
702	**BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT, OTROS	$ 62.727
703	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS	$ 10.403
704	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 89.462
705	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 19.124
706	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.107
707	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 14.037
708	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 8.114
709	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 11.651
710	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$ 18.620
711	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 19.141
712	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 60.321
713	**Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 49.932
714	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS	$ 32.560
715	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	$ 64.770
716	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	$ 64.808
717	**Yersinia enterocolitica CULTIVO	$ 35.993
718	**Trichomona CULTIVO	$ 49.932
719	**BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	$ 161.447
720	**Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	$ 23.198
721	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR	$ 11.651
722	**HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	$ 24.342
723	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 63.871
724	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA	$ 63.871
725	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.766
726	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 47.643
727	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.985
728	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.009
729	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$ 70.217
730	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.405
731	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.405
732	**ISOAGLUTININAS	$ 12.171
733	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 38.881
734	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 45.251
735	**MIOGLOBINA CARDIACA	$ 27.879
736	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 27.879
737	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 37.137
738	**AMONIO	$ 33.704
739	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.512
740	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$ 33.704
741	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$ 51.700
742	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 34.848
743	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$ 26.526
744	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 46.499
745	**OPIACEOS MANUAL Incluye: MORFINA Y CODEINA	$ 47.827
746	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 155.621
747	**ANDROSTENEDIONA	$ 86.544
748	**ANDROSTERONA EN ORINA	$ 77.811

749	**ESTRIOL	$ 71.985
750	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 15.604
751	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 6.970
752	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$ 12.795
753	**UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$ 12.795
754	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 8.114
755	**HEMOGLOBINURIA	$ 16.030
756	**RECUENTO DE ADDIS	$ 12.795
757	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 12.795
758	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$ 29.070
759	**ASPARTILCILASA, EN LEUCOCITOS	$ 109.226
760	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 22.053
761	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	$ 99.864
762	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 41.818
763	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 39.530
764	**ACIDO OROTICO	$ 59.814
765	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO	$ 61.583
766	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	$ 59.190
767	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$ 59.190
768	**Leptospira SEROTIPIFICACION	$ 31.312
769	**Listeria SEROTIPIFICACION	$ 38.281
770	**Mycobacterium IDENTIFICACION	$ 90.606
771	**Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO	$ 90.606
772	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX	$ 45.251
773	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.287
774	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.287
775	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.613
776	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.613
777	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.700
778	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.707
779	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.707
780	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 132.587
781	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.560
782	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.499
783	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.545
784	**OSTEOCALCINA	$ 39.530
785	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 55.757
786	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 25.590
787	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 20.909
788	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 78.955
789	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 22.053
790	**ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 38.281
791	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.795
792	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 35.993
793	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 55.757
794	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$ 58.878
795	**ACIDO FORMICO EN ORINA	$ 71.985
796	**ESTRIOL LIBRE	$ 71.985
797	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$ 41.194
798	**TESTOSTERONA LIBRE	$ 64.766
799	**INSULINA LIBRE	$ 31.312
800	**PROINSULINA	$ 275.250
801	**SOMATOSTATINA	$ 185.789
802	**ALDOSTERONA	$ 97.490
803	**ALDOSTERONA EN ORINA	$ 108.490
804	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 95.287
805	**CETOESTEROIDES 17	$ 68.552
806	**DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 95.863
807	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 31.312
808	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 65.016
809	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 57.845
810	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$ 56.902

811	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$ 33.704
812	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	$ 59.086
813	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	$ 59.086
814	**CISTINA CUANTITATIVA	$ 117.860
815	**FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 19.765
816	**TIROSINA TEST CON RAIZ DE CABELLO	$ 37.761
817	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 29.023
818	**GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 23.198
819	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 69.697
820	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$ 97.575
821	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 297.598
822	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 23.198
823	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 381.980
824	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 102.257
825	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 104.545
826	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 104.545
827	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.312
828	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.312
829	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.606
830	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.606
831	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.023
832	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.023
833	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.023
834	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.023
835	**Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.879
836	**Streptococcus B hemolltico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$ 20.909
837	**Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 33.641
838	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.746
839	**Actynomices ANTICUERPOS	$ 70.841
840	**Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 155.610
841	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 55.757
842	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG G	$ 90.481
843	**SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENO	$ 202.676
844	**SARS COV2 (COVID-19) ANTICUERPOS IG M	$ 90.481
845	**ESPIROMETRIA Incluye: PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE	$ 57.296
846	**ESPIROMETRIA SIMPLE Y CON BRONCODILATADORES	$ 60.293
847	**ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	$ 27.775
848	**AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	$ 41.453
849	**LOGOAUDIOMETRIA Incluye: RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACION DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCION INTENSIDAD- DISCRIMINACION DEL HABLA	$ 44.003
850	**INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA) Incluye: TIMPANOMETRIA, GRADIENTE, VOLUMEN FISICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESION DEL OIDO MEDIO Y MEDICION DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)	$ 42.026
851	**EMISIONES OTOACUSTICAS Incluye: MEDICION CON PRODUCTOS DE DISTORSION, MEDICION CON TRANSIENTES	$ 53.397
852	BASILOSCOPIA COLORACIÓN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE	$ 22.365
853	HEPATITIS C ANTICUERPOS	$ 107.978
854	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	$ 34.848
855	- CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 93.623
856	- TIROIDES MICROSOMALES ANTICUERPOS	$ 71.985
857	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO EPINANDROSTERONA - DHEA -S04	$ 52.013
858	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 58.254
859	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.220
860	BETA 2 GLICOPROTEINA I IGG SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.575

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	$ 24.030
3	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$ 23.912
4	**DETECCION Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN	$ 226.680

GRUPO 3

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO
1	**EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL INCLUYE: EVALUACION (SALUD FISICA, SALUD MENTAL) EN AREAS OCUPACIONALES: AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA), ESCOLARIDAD, JUEGO, OCIO Y ESPARCIMIENTO, TRABAJO Y PARTICIPACION SOCIAL	$ 41.610
2	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA INCLUYE: OPTOMETRIA, TONOMETRIA Y VALORACION ORTOPTICA LIMITADA O INICIAL, PRESCRIPCION DE TECNICAS O AYUDAS OPTICAS VISUALES, REMISION PARA: EVALUACION ORTOPTICA, ADAPTACION Y AJUSTE DE PROTESIS O AYUDAS OPTICAS	$ 28.559
3	HEMOGRAMA IV NIVEL (CUADRO HEMÁTICO)	$ 23.198
4	GLICEMIA	$ 17.612
5	PERFIL LIPÍDICO TOTAL (COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, HDL, LDL)	$ 90.081
6	**EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	$ 41.610
7	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 9.591

NOTA:

1. SE ADJUDICARÁ EL CONTRATO A LA OFERTA PRESENTADA QUE TENGA EL MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO, APLICADO A TODOS LOS ÍTEMS.
2. EL OFERENTE SOLO DEBE OFRECER UN (01) PORCENTAJE DE DESCUENTO DE MANERA GENERAL PARA TODOS LOS ÍTEMS DE CADA GRUPO.
3. EL PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO DEBERÁ REALIZARSE EN NÚMEROS ENTEROS.
4. EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
5. SE DEBERÁN OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS ANTES MENCIONADOS.

EL PRESENTE PROCESO SE ADJUDICARÁ POR EL VALOR DE **SESENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($63.245.000,00$)** M/CTE distribuido por grupos y vigencias, así:

Grupo 1
VIGENCIA 2025 - TREINTA MILLONES PESOS ($30.000.000,00) MCTE
VIGENCIA 2026- TREINTA MILLONES PESOS ($30.000.000,00) MCTE

Grupo 2
VIGENCIA 2025- MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000,00) MCTE
VIGENCIA 2026- MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000,00) MCTE

Grupo 3
VIGENCIA 2025- DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($245.000,00) MCTE

7. EL PROPONENTE DEBERÁ AJUSTAR AL PESO LO PRECIOS UNITARIOS, BIEN SEA POR EXCESO O POR DEFECTO, ASI: CUANDO LA FRACCIÓN DECIMAL DE PESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 0.50 LO APROXIMARÁ POR EXCESO AL NÚMERO ENTERO SIGUIENTE DEL PESO Y CUANDO LA FRACCIÓN DECIMAL DEL PESO SEA INFERIOR A 0.50 LO APROXIMARÁ POR DEFECTO AL NÚMERO ENTERO ANTERIOR AL PESO.

_____

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO	

CIUDAD Y FECHA

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

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

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: 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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD TECNICA	

CIUDAD Y FECHA

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

Referencia: Certificado de capacidad técnica del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

Oferente:

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
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

El proponente:

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL	

CIUDAD Y FECHA

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

Referencia: Certificación de capacidad administrativa y operacional

Yo_____, Representante de la Firma_____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto es la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS, DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN; DIAGNÓSTICOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE ACUERDO A LO SIGUIENTES GRUPOS: GRUPO No. 1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; LABORATORIOS DE COVID-19 Y EXÁMENES DE FONOAUDIOLOGÍA EN ARAUCA. GRUPO No. 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - ARAUCA (INCLUYE, LECTURA Y DIGITACIÓN DE DATOS), en las condiciones señaladas en el presente estudio previo.

_____
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. ☐)

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA	

CIUDAD Y FECHA

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

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

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

Así mismo, adjuntamos los siguientes documentos:

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

Atentamente:

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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
HOJA DE VIDA DE EQUIPOS	

CIUDAD Y FECHA

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

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

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

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: 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

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

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 días (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

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
COMPROMISO DE 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