MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA

Bucaramanga, Santander 14 de noviembre de 2025

Señores
E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE CHUCURI
NIT. 901665624-8
Bucaramanga – Santander

ASUNTO: SOLICITUD DE OFERTA DEL PROCESO BAJO LA MODALIDAD DE SELECCIÓN CONTRATACIÓN DIRECTA CAUSAL INTERADMINISTRATIVO **No. CD-471-DIGSA/DMBUG-2025** CUYO OBJETO ES "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL BATALLÓN DE INFANTERIA No.40 CORONEL LUCIANO DELHUYAR" EN EL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI (SANTANDER), A PARTIR DEL MES DE DICIEMBRE DE LA VIGENCIA FISCAL 2025 Y CON VIGENCIA FUTURA AUTORIZADA PARA EL AÑO 2026."

EL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA se encuentra adelantando "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL BATALLÓN DE INFANTERIA No.40 CORONEL LUCIANO DELHUYAR " EN EL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI (SANTANDER), A PARTIR DEL MES DE DICIEMBRE DE LA VIGENCIA FISCAL 2025 Y CON VIGENCIA FUTURA AUTORIZADA PARA EL AÑO 202**6.**"**, razón por la cual y en virtud de lo dispuesto en el numeral 6.2.2.4.2 *"Procedimiento Contratación Directa"* de la Resolución Ministerial No. 4130 de 16 de junio de 2022 *"Por la cual se expide el Manual de contratación y Convenios"*, le solicitamos la presentación de oferta seria, formal e irrevocable dentro de los plazos dispuestos para el efecto, con el fin de celebrar un contrato interadministrativo bajo las condiciones jurídicas, técnicas y económicas establecidas en los anexos de la presente solicitud.

De igual forma, le informamos que la presente solicitud de oferta está conformada por requisitos de carácter técnico, económico y jurídico, para efectos de elaborar su ofrecimiento en la oferta.

LOS DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA PRESENTE SOLICITUD DE OFERTA

1. REQUISITOS DE CARÁCTER JURIDICO

1.1 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

PERSONAS JURÍDICAS NACIONALES DE NATURALEZA PÚBLICA

Se considerarán personas jurídicas Nacionales de Naturaleza Pública, aquellas entidades conformadas bajo las leyes de la República de Colombia, que por virtud de la Ley o del acto que autorice su constitución y según la participación estatal que se registre en ellas, deban someterse al

régimen de derecho público, trátese de entidades territoriales o descentralizadas funcionalmente de cualquier orden, las que deberán cumplir con los siguientes requisitos:

A) Acreditar su existencia y representación legal, salvo que dicha existencia y representación se deriven de la Constitución o la ley. Para el efecto, deberán mencionarse los documentos y actos administrativos que, conforme a la Ley, sean expedidos en cada caso por la autoridad competente, con las formalidades y requisitos exigidos por la ley para su eficacia y oponibilidad ante terceros. En todo caso, deberá mencionarse el documento mediante el cual se dio la autorización para la suscripción del contrato, impartida por el competente, sin perjuicio de lo cual, será responsabilidad de la persona jurídica correspondiente, asegurarse de haber cumplido con todos los requisitos presupuestales y administrativos necesarios para obligarse y para poder ejecutar adecuada y oportunamente las obligaciones que contrae mediante la presentación de la propuesta.
B) Acreditar que el ente público contratante tiene capacidad legal para la celebración y ejecución del contrato.
C) Acreditar la suficiencia de la capacidad legal del representante legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

D) Acreditar que el objeto social de la sociedad o que su actividad se encuentre directamente relacionada con el objeto del contrato, según el tipo de sociedad comercial que se acredite, de manera que le permita a la persona jurídica y/o

PATRIA HONOR LEALTAD
AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

natural la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

1.2. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, SEGÚN CORRESPONDA.

El proponente deberá adjuntar fotocopia de la cédula o documento de identidad del representante legal de la persona jurídica y/o de la persona natural.

1.3. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL.

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el proponente deberá allegar una certificación expedida por el revisor fiscal, si es del caso, o del representante legal del proponente, y/o de contador público certificado, según resulte aplicable, en la cual se verifique el pago de los aportes parafiscales, en concordancia con la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

a) Las personas jurídicas lo harán mediante certificación expedida por el revisor fiscal o representante legal, según corresponda, en el que se acredite el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social integral y aportes parafiscales, y adicionalmente presentarán copia del pago del mes inmediatamente anterior.

1.4. CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCALES CONTRALORÍA

Al tenor del artículo 60 de la Ley 610 de 2000, y la Resolución No. 5149 de 2000, EL DMBUG realizará y dejará constancia de la consulta de los antecedentes fiscales a través del mecanismo en línea que cree el Gobierno Nacional para el efecto.

Este certificado es requerido y debe aportarse tanto del representante legal como la persona jurídica lo cual será verificado por la entidad

1.5. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA

EL DMBUG realizará y dejará constancia la consulta de los antecedentes disciplinarios a través del mecanismo en línea que cree el Gobierno Nacional para el efecto.

Este certificado es requerido del representante legal y persona jurídica lo cual será verificado por la entidad

1.6. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES

De conformidad con lo previsto en el artículo 94 del Decreto-Ley 0019 de 2012, y con el fin de verificar los antecedentes judiciales de representante legal de persona jurídica o), EL DMBUG realizará y dejará constancia de la consulta de los antecedentes judiciales a través del mecanismo en línea que cree el Gobierno Nacional para el efecto.

Este certificado es requerido frente al representante legal de la persona jurídica.

1.7. ACTA DE POSESION DEL REPRESENTANTE LEGAL

1.8. ACTO DE NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE

1.9. ACTO QUE OTORGA FACULTADES AL REPRESENTANTE PARA CONTRATAR

2.0. CERTIFICADO REDAM

El representante legal a través de la página web https://redam.gov.co/information-page deberá descargar el registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), la cual allegará con su oferta.

2.1. AUTORIZACION DEL OFERENTE PARA QUE LA ENTIDAD PUEDA VERIFICAR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS. LEY 1918 DE 2018

Mediante documento debidamente suscrito por el Representante Legal autorizará que el DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, consulte mediante plataforma virtual los antecedentes de delitos sexuales.

2. REQUISITOS DE CARÁCTER TÉCNICO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

El Contrato Interadministrativo que se suscribirá es para contratar **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL BATALLÓN DE INFANTERIA No.40 CORONEL LUCIANO DELHUYAR" EN EL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DE CHUCURI (SANTANDER), A PARTIR DEL MES DE DICIEMBRE DE LA VIGENCIA FISCAL 2025 Y CON VIGENCIA FUTURA AUTORIZADA PARA EL AÑO 2026.".**

De acuerdo con la necesidad allegada por el **ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR del Batallón 40 "coronel Luciano Elhuyar- BILUD de San Vicente de Chucurí,** centralizado por el Dispensario Médico de Bucaramanga, las especificaciones técnicas requeridas son las siguientes, las cuales deberán garantizarse a la hora de efectuar la escogencia del proponente favorecido, estas especificaciones técnicas tienen por objeto establecer los requisitos y parámetros que se deben cumplir los oferentes para satisfacer la necesidad.

Los servicios que se plasman a continuación y que realiza la entidad que participa del proceso deben estar inscritos ante la Secretaría de Salud Departamental que hacen parte de la División y habilitados por la misma entidad, lo cual nos garantiza la eficacia y calidad en la realización de los procedimientos.

El proponente debe cumplir con todas las especificaciones mínimas exigidas, para efecto de verificación técnica y son objeto para contratar se encuentran descritas de acuerdo con el siguiente orden, así:

FICHA TÉCNICA						
ITEM	**CÓDIGO CUPS**	**DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO**	**UNIDAD MEDIDA**	**CANTIDAD**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	862701	ONICECTOMÍA	SERVICIO	1		
2	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	SERVICIO	1		
3	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	SERVICIO	1		
4	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	SERVICIO	1		
5	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	SERVICIO	1		
6	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	SERVICIO	1		
7	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SERVICIO	1		
8	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	SERVICIO	1		
9	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	SERVICIO	1		
10	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SERVICIO	1		
11	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	SERVICIO	1		
12	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	SERVICIO	1		
13	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	SERVICIO	1		
14	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	SERVICIO	1		
15	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SERVICIO	1		
16	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SERVICIO	1		
17	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	SERVICIO	1		
18	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	SERVICIO	1		
19	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	SERVICIO	1		
20	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SERVICIO	1		
21	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	SERVICIO	1		
22	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	SERVICIO	1		
23	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	SERVICIO	1		
24	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	SERVICIO	1		

25	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	SERVICIO	1		
26	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	SERVICIO	1		
27	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	SERVICIO	1		
28	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	SERVICIO	1		
29	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	SERVICIO	1		
30	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	SERVICIO	1		
31	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SERVICIO	1		
32	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SERVICIO	1		
33	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP,LATERAL)	SERVICIO	1		
34	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	SERVICIO	1		
35	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SERVICIO	1		
36	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	SERVICIO	1		
37	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SERVICIO	1		
38	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SERVICIO	1		
39	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SERVICIO	1		
40	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1		
41	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1		
42	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SERVICIO	1		
43	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	1		
44	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	SERVICIO	1		
45	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1		
46	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETETICA	SERVICIO	1		
47	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SERVICIO	1		
48	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1		
49	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1		
50	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	1		
51	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	SERVICIO	1		
52	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SERVICIO	1		
53	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SERVICIO	1		
54	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	SERVICIO	1		
55	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SERVICIO	1		
56	898015	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL MANUAL	SERVICIO	1		
57	898016	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

58	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	SERVICIO	1		
59	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SERVICIO	1		
60	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	SERVICIO	1		
61	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	SERVICIO	1		
62	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SERVICIO	1		
63	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	1		
64	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SERVICIO	1		
65	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SERVICIO	1		
66	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SERVICIO	1		
67	902048	TIEMPO DE TROMBINA	SERVICIO	1		
68	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SERVICIO	1		
69	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	SERVICIO	1		
70	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SERVICIO	1		
71	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA)MANUAL	SERVICIO	1		
72	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
73	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
74	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
75	902211	HEMATOCRITO	SERVICIO	1		
76	903016	FERRITINA	SERVICIO	1		
77	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	1		
78	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SERVICIO	1		
79	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	SERVICIO	1		
80	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	SERVICIO	1		
81	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	SERVICIO	1		
82	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	SERVICIO	1		
83	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
84	903604	CALCIO IÓNICO	SERVICIO	1		

85	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1		
86	903701	VITAMINA A [RETINOL]	SERVICIO	1		
87	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1		
88	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1		
89	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SERVICIO	1		
90	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
91	903813	CLORO	SERVICIO	1		
92	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1		
93	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SERVICIO	1		
94	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
95	903818	COLESTEROL TOTAL	SERVICIO	1		
96	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	SERVICIO	1		
97	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
98	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	SERVICIO	1		
99	903822	CREATINA	SERVICIO	1		
100	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SERVICIO	1		
101	903833	FOSFATASA ALCALINA	SERVICIO	1		
102	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1		
103	903840	GLUCOSA EN ORINA	SERVICIO	1		
104	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SERVICIO	1		
105	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SERVICIO	1		
106	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SERVICIO	1		
107	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SERVICIO	1		
108	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SERVICIO	1		
109	903846	HIERRO TOTAL	SERVICIO	1		
110	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1		
111	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1		
112	903856	NITRÓGENO UREICO	SERVICIO	1		
113	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1		
114	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1		
115	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1		
116	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SERVICIO	1		
117	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SERVICIO	1		
118	903868	TRIGLICERIDOS	SERVICIO	1		
119	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1		
120	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	1		
121	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SERVICIO	1		
122	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	SERVICIO	1		
123	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	SERVICIO	1		
124	904108	PROLACTINA	SERVICIO	1		
125	904503	ESTRADIOL	SERVICIO	1		
126	904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	SERVICIO	1		
127	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SERVICIO	1		
128	904601	TESTOSTERONA LIBRE	SERVICIO	1		

129	904602	TESTOSTERONA TOTAL	SERVICIO	1		
130	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	SERVICIO	1		
131	904705	INSULINA LIBRE	SERVICIO	1		
132	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	SERVICIO	1		
133	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SERVICIO	1		
134	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	SERVICIO	1		
135	904920	TIROGLOBULINA	SERVICIO	1		
136	904921	TIROXINA LIBRE	SERVICIO	1		
137	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	SERVICIO	1		
138	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
139	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
140	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
141	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
142	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
143	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
144	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
145	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	1		
146	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M]SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
147	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc]SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
148	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
149	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
150	906224	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	SERVICIO	1		
151	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
152	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
153	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
154	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
155	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SERVICIO	1		
156	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
157	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
158	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	SERVICIO	1		
159	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
160	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
161	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		

162	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
163	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
164	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
165	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
166	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
167	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
168	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
169	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
170	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
171	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
172	907002	COPROLÓGICO	SERVICIO	1		
173	907004	COPROSCÓPICO	SERVICIO	1		
174	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SERVICIO	1		
175	907106	UROANÁLISIS	SERVICIO	1		
176	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	1		
177	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SERVICIO	1		
178	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	SERVICIO	1		
179	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	SERVICIO	1		
180	939402	NEBULIZACIÓN	SERVICIO	1		
181	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SERVICIO	1		
182	965101	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO SOD	SERVICIO	1		
183	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SERVICIO	1		
184	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)	SERVICIO	1		
185	993104	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	SERVICIO	1		
186	993105	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DIFTÉRICO	SERVICIO	1		
187	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SERVICIO	1		
188	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	SERVICIO	1		
189	993121	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	SERVICIO	1		
190	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SERVICIO	1		
191	993123	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	SERVICIO	1		
192	993124	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	SERVICIO	1		
193	993125	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	SERVICIO	1		

194	993130	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	SERVICIO	1		
195	993131	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	SERVICIO	1		
196	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SERVICIO	1		
197	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	SERVICIO	1		
198	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	SERVICIO	1		
199	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SERVICIO	1		
200	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SERVICIO	1		
201	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	SERVICIO	1		
202	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	SERVICIO	1		
203	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA	SERVICIO	1		
204	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SERVICIO	1		
205	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SERVICIO	1		
206	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SERVICIO	1		
207	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	SERVICIO	1		
208	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SERVICIO	1		
209	993521	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	SERVICIO	1		
210	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SERVICIO	1		
211	993523	VACUNACIÓN CONTRA OTRO VIRUS (ESPECÍFICO)	SERVICIO	1		
212	995101	VACUNACIÓN CONTRA LA MALARIA	SERVICIO	1		
213	869501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SERVICIO	1		
214	5DS002	DERECHO DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SERVICIO	1		
215	5DSB01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD (5DSB01B)	SERVICIO	1		
216	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SERVICIO	1		
217	601T02	TRASLADO DE AMBULANCIA SAN VICENTE BUCARAMANGA	SERVICIO	1		
218	906305	ARBOVIRUS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1		
219	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SERVICIO	1		
220	129B01	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACION INDIVIDUAL	SERVICIO	1		
221	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SERVICIO	1		
222	90DS02	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SERVICIO	1		
223	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	SERVICIO	1		
224	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	SERVICIO	1		
225	49658-18	CONSUMO DE OXIGENO POR LITRO	SERVICIO	1		
226	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SERVICIO	1		

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

PARAGRAFO 1: El Establecimiento de Sanidad Militar BILUD, podrá solicitar otros servicios que se deriven de la necesidad, que no estén relacionados en los anteriores ítems y que se requieran para garantizar la salud y la vida de los usuarios y beneficiarios, que tengan estrecha relación con el objeto del contrato, y el contratista lo pueda brindar, serán prestos a previa concertación de mutuo acuerdo entre las partes intervinientes en el proceso. (CONTRATANTE – CONTRATISTA) y su valor deberá de estar ajustado a los precios del mercado, ofertados en los portafolios de servicio del CONTRATISTA.

PARAGRAFO 2: Téngase en cuenta que la lista de servicios relacionados en las especificaciones técnicas del presente proceso de selección han sido los servicios históricamente más solicitados y autorizados a la población beneficiaria de acuerdo con su condición clínica, y se toman como referente para la presente contratación. No obstante, si por necesidad del servicio, y por estar en riesgo el derecho a la vida y a la salud (Derechos fundamentales amparados en la Carta Magna) de algún usuario y/o beneficiario del DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, llegase a requerir un procedimiento médico o atención integral en salud que tenga estrecha relación con los códigos (RESOLUCION No 2077 de 2021) contemplados en el acuerdo No 002 del 27 de Abril de 2001, 052 de 2013 que trata sobre el plan de beneficios en salud para el personal de afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas militares y por su Nivel de complejidad se encuentre incluido en el portafolio de servicios del oferente seleccionado , este servicio podrá ser prestado por el contratista , previa cotización del servicio requerido.

La E.S.E dará cobertura del Programa ampliado de inmunizaciones – PAI. Si el **E.S.M BILUD** no cuenta con el servicio de PAI. Asegurando la aplicación de los esquemas establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social (menores de 1 año, niños y niñas de 1 a 5 años, niñas de 9 a 17 años, mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, gestantes y mayores de 60 años). El cual se reconocerá la aplicación del biológico y no el biológico ya que es gratuito

NOTA 1: EL CONTRATISTA NO PODRA SUBCONTRATAR LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

NOTA 2: NO SE ACEPTAN PROPUESTAS PARCIALES, NI ALTERNATIVAS, EL OFERENTE INTERESADO EN EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN DEBE OFERTAR LA TOTALIDAD DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS.

2.1.2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

Para el cumplimiento de las ***Especificaciones Técnicas adicionales*** el proponente además deberá aportar los siguientes requisitos

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Debe allegar copia del Portafolio de servicios actualizado de manera detallada para cada uno de los servicios que preste con la última actualización de códigos CUPS, basados en la Resolución 2775 del 27 de diciembre de 2022.		
2	Debe allegar copia del Formulario de inscripción de los servicios ante la Secretaría de Salud Departamental.		
3	Debe allegar copia de cada Certificado de habilitación y funcionamiento de cada de los servicios ofertados, expedido por la Secretaría Departamental de Salud o el soporte del registro en el REPS (para aquellos servicios que serán prestados en las instalaciones del oferente), teniendo en cuenta normatividad vigente.		
4	Debe allegar Certificación firmada por el representante legal donde se comprometa que realizará el envió soporte cargue al sistema de información del MINSALUD. (Resolución 256 de 2016- 3539 de 2019).		
5	Debe allegar Certificación firmada por el representante legal, donde se comprometa a realizar el reporte de los indicadores de calidad en la atención, gestión y resultado de la atención conforme lo dispuesto en el Decreto 441 de marzo 28 de 2022.		
6	Debe allegar copia del Programa de Seguridad del Paciente, así como la política de seguridad del paciente		
7	Debe Enviar copia del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud PAMEC, así como, soporte del cargue de la Circular 012 de 2016.		
8	Debe allegar certificación del representante legal donde se garantice que cuenta con el Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo de morbilidad de los servicios solicitados objeto de la contratación que se adelanta, y que estos estarán disponibles para su verificación en el caso de que se requieran. Igualmente deben relacionar el listado de protocolos vigentes teniendo en cuenta las cinco (05) primeras causas de morbilidad y		

	consulta de los servicios solicitados objeto de la contratación que se adelanta.		
9	Debe allegar copia del Certificado del Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante la Corporación Autónoma Departamental. PGHIRS.		
10	Debe allegar copia del Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada versus población a atender) suscrito por el representante legal. (Para aquellos servicios que serán prestados en las instalaciones del oferente).		
11	Debe Certificar mediante documento que dispone de una línea telefónica y/o correo electrónico que debe ser atendida por personal idóneo para garantizar el acceso a la información necesaria y así resolver inquietudes e informar novedades sobre procedimientos, quejas, y programación general para la atención a nuestros usuarios.		
12	Debe allegar copia del certificado de la implementación del Sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo.		
13	Debe allegar Certificación firmada por el representante legal, donde se comprometa a si por necesidad del servicio, y por estar en riesgo el derecho a la vida y a la salud (Derechos fundamentales amparados en la Carta Magna) de algún usuario y/o beneficiario del DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, llegase a requerir un procedimiento médico o atención integral en salud que tenga estrecha relación con los códigos (RESOLUCION No 2775 DE 2022) contemplados en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001, 052 de 2013 que trata sobre el plan de beneficios en salud para el personal de afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas militares y por su Nivel de complejidad se encuentre incluido en el portafolio de servicios del oferente seleccionado , este servicio podrá ser prestado por el contratista , previa cotización del servicio requerido. La E.S.E dará cobertura del Programa ampliado de inmunizaciones – PAI. Si el DMBUG no cuenta con el servicio de PAI. Asegurando la aplicación de los esquemas establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social (menores de 1 año, niños y niñas de 1 a 5 años, niñas de 9 a 17 años, mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, gestantes y mayores de 60 años). El cual se reconocerá la aplicación del biológico y no el biológico ya que es gratuito.		

3. ASPECTO ECONOMICO

3.1 OFERTA ECONÓMICA

El oferente deberá allegar la Oferta económica teniendo en cuenta los precios de referencia acorde **al numeral 6.3 del estudio previo del presente proceso.**

ITEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	TARFA	VALOR EN PESOS
1	862701	ONICECTOMÍA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	352.004,00
2	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	26.600,00
3	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	117.200,00
4	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	163.700,00
5	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	103.900,00
6	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	134.200,00
7	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	103.900,00
8	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	SERVICIO	1	SOAT PLENO	103.900,00
9	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	SERVICIO	1	SOAT PLENO	103.900,00
10	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	120.000,00
11	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	120.000,00
12	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	131.400,00
13	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	131.400,00
14	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	128.600,00
15	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SERVICIO	1	SOAT PLENO	128.600,00

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

16	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	160.400,00
17	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	SERVICIO	1	SOAT PLENO	124.800,00
18	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	216.400,00
19	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	97.882,00
20	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	97.882,00
21	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	114.164,00
22	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	176.500,00
23	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	68.894,00
24	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	89.318,00
25	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	68.894,00
26	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	89.318,00
27	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	68.894,00
28	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	68.894,00
29	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	68.894,00
30	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	89.318,00
31	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	89.224,00
32	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	80.200,00
33	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP,LATERAL)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	88.300,00
34	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	47.000,00
35	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	103.900,00
36	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	47.000,00
37	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	80.200,00
38	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SERVICIO	1	SOAT PLENO	47.000,00
39	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	41.300,00
40	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	93.500,00
41	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	56.900,00
42	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	38.900,00
43	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	82.100,00
44	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	82.100,00
45	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	56.900,00
46	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETETICA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	41.300,00
47	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	38.900,00
48	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	82.100,00
49	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	82.100,00
50	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	82.100,00
51	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	82.100,00
52	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	38.900,00
53	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SERVICIO	1	SOAT PLENO	77.800,00
54	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	77.800,00
55	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	42.700,00
56	898015	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL MANUAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	45.600,00
57	898016	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	45.600,00
58	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	SERVICIO	1	SOAT PLENO	313.200,00
59	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	25.200,00
60	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	25.100,00
61	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	103.900,00
62	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	103.900,00

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

63	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	84.400,00
64	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	22.800,00
65	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	57.400,00
66	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	56.000,00
67	902048	TIEMPO DE TROMBINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	17.500,00
68	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	9.000,00
69	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	9.000,00
70	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	14.300,00
71	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA)MANUAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	39.400,00
72	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	39.400,00
73	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	39.400,00
74	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	39.400,00
75	902211	HEMATOCRITO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	6.800,00
76	903016	FERRITINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	90.800,00
77	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	72.200,00
78	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	86.800,00
79	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	121.300,00
80	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	121.300,00
81	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	121.400,00
82	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	121.400,00
83	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	33.700,00
84	903604	CALCIO IÓNICO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	33.700,00
85	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	100.700,00
86	903701	VITAMINA A [RETINOL]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	208.800,00
87	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	16.200,00
88	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	31.100,00
89	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	21.200,00
90	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	33.700,00
91	903813	CLORO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	18.100,00
92	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	18.200,00
93	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SERVICIO	1	SOAT PLENO	40.000,00
94	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	46.900,00
95	903818	COLESTEROL TOTAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	48.200,00
96	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	50.900,00
97	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	192.400,00
98	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	36.500,00
99	903822	CREATINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	26.500,00
100	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SERVICIO	1	SOAT PLENO	36.700,00
101	903833	FOSFATASA ALCALINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	28.900,00
102	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	29.300,00
103	903840	GLUCOSA EN ORINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	23.700,00
104	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	23.800,00
105	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	60.200,00

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

106	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	40.400,00
107	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	109.200,00
108	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SERVICIO	1	SOAT PLENO	60.200,00
109	903846	HIERRO TOTAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	67.500,00
110	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	26.500,00
111	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	36.500,00
112	903856	NITRÓGENO UREICO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	18.900,00
113	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	17.700,00
114	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	56.500,00
115	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	46.500,00
116	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	41.300,00
117	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	41.300,00
118	903868	TRIGLICERIDOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	26.600,00
119	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	20.900,00
120	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	22.800,00
121	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SERVICIO	1	Tarifas Propias	5.700,00
122	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	144.800,00
123	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	165.800,00
124	904108	PROLACTINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	128.800,00
125	904503	ESTRADIOL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	130.100,00
126	904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	68.500,00
127	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	31.300,00
128	904601	TESTOSTERONA LIBRE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	136.200,00
129	904602	TESTOSTERONA TOTAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	124.800,00
130	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	141.700,00
131	904705	INSULINA LIBRE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	141.700,00
132	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	112.200,00
133	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SERVICIO	1	SOAT PLENO	124.800,00
134	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	124.800,00
135	904920	TIROGLOBULINA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	116.700,00
136	904921	TIROXINA LIBRE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	94.900,00
137	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	93.000,00
138	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	100.000,00
139	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	144.800,00
140	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	144.800,00
141	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	144.800,00
142	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	144.800,00
143	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	144.800,00
144	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	109.600,00
145	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	109.600,00
146	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M]SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	136.200,00
147	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc]SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	136.300,00
148	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	171.100,00
149	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	171.000,00
150	906224	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	158.900,00
151	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	131.000,00
152	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	131.000,00
153	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	137.600,00

154	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	137.600,00
155	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	171.300,00
156	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	171.000,00
157	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	116.700,00
158	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	116.700,00
159	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	116.700,00
160	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	116.700,00
161	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	303.800,00
162	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	243.400,00
163	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	245.500,00
164	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	76.500,00
165	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	51.800,00
166	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	79.900,00
167	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	161.400,00
168	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	161.400,00
169	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	161.600,00
170	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	161.400,00
171	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	23.800,00
172	907002	COPROLÓGICO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	15.700,00
173	907004	COPROSCÓPICO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	61.600,00
174	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SERVICIO	1	SOAT PLENO	11.800,00
175	907106	UROANÁLISIS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	25.200,00
176	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	29.500,00
177	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	26.800,00
178	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	50.200,00
179	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	SERVICIO	1	SOAT PLENO	41.800,00
180	939402	NEBULIZACIÓN	SERVICIO	1	SOAT PLENO	23.800,00
181	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	17.500,00
182	965101	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO SOD	SERVICIO	1	SOAT PLENO	40.000,00
183	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
184	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
185	993104	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
186	993105	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DIFTÉRICO	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
187	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
188	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
189	993121	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
190	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
191	993123	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
192	993124	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
193	993125	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
194	993130	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
195	993131	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
196	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
197	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
198	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
199	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
200	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00

201	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
202	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
203	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
204	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
205	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
206	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
207	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
208	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
209	993521	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
210	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
211	993523	VACUNACIÓN CONTRA OTRO VIRUS (ESPECÍFICO)	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
212	995101	VACUNACIÓN CONTRA LA MALARIA	SERVICIO	1	Tarifas Propias	8.550,00
213	869501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SERVICIO	1	SOAT PLENO	33.700,00
214	5DS002	DERECHO DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	33.700,00
215	5DSB01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD (5DSB01B)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	107.200,00
216	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SERVICIO	1	SOAT PLENO	110.000,00
217	601T02	TRASLADO DE AMBULANCIA SAN VICENTE BUCARAMANGA	SERVICIO	1	Tarifas Propias	1.063.150,00
218	906305	ARBOVIRUS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	1	Tarifas Propias	54.750,00
219	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SERVICIO	1	SOAT PLENO	290.400,00
220	129B01	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACION INDIVIDUAL	SERVICIO	1	SOAT PLENO	309.400,00
221	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SERVICIO	1	SOAT PLENO	77.900,00
222	90DS02	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SERVICIO	1	SOAT PLENO	740.500,00
223	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	SERVICIO	1	SOAT PLENO	168.400,00
224	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	SERVICIO	1	SOAT PLENO	168.400,00
225	49658-18	CONSUMO DE OXIGENO POR LITRO	SERVICIO	1	Tarifas Propias	60,00
226	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SERVICIO	1	SOAT PLENO	1.231.327,00

3.2 TARIFAS ADICIONALES A LA OFERTA ECONOMICA

El oferente deberá allegar:

- **LISTADO DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS**

Con la oferta el oferente deberá adjuntar el listado de precios de los medicamentos, y/o insumos, y/o dispositivos médicos, y/o TAB, y/o TAM, y/o material de osteosíntesis, y/o oxígeno y los demás servicios que puede suministrar la E.S.E., debidamente suscrito por el representante legal de la entidad.

- **ACUERDOS O RESOLUCIONES INTERINSTITUCIONALES**

Para las tarifas propias se debe anexar los acuerdos o resoluciones debidamente suscritas por la junta directiva de la entidad con fecha anterior a la presentación de oferta.

3.3. RUT DE LA ENTIDAD

El oferente deberá allegar el Registro Único Tributario de la E.S.E.

3.4. RUT DEL REPRESENTANTE LEGAL

El oferente deberá allegar el Registro Único Tributario del representante legal.

3.5. CERTIFICADO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

El oferente debe anexar en su propuesta, una certificación firmada por el representante legal, en la cual garantice la sostenibilidad de precios durante la vigencia del contrato suscrito, pero de igual forma se tendrán en cuenta cambios en algunos precios siempre que haya una normatividad que regule el cambio.

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

3.7.1. CERTIFICACION BANCARIA

El oferente debe anexar certificación bancaria Expedida por la entidad respectiva, suscrita por el funcionario autorizado, dentro de los 30 días anteriores a la fecha de presentación de la oferta. Las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura temporal acreditarán individualmente este requisito.

3.8. RESOLUCIÓN DE FACTURACION ELECTRONICA

El PROPONENTE allegará anexo facturación electrónica, para lo cual aportará con la oferta copia de Resolución de Facturación Electrónica; las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura temporal acreditarán individualmente este requisito, cuando intervengan como responsables de dicho documento. Lo anterior conforme RESOLUCION 000042 del 05 de mayo de 2020, la cual indica los obligados a facturar electrónicamente, los cuales están clasificados de acuerdo con la actividad económica principal inscrita en el RUT de acuerdo al grupo de los seleccionados por la DIAN para expedir factura electrónica de venta

Cordialmente,

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
T.C. DARÍO DE JESÚS PADILLA CANTILLO
Gerente de Proyecto

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
PS. LEADY KATHERINE ROJAS TORRES
Comité Jurídico Estructurador

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
PS. OSCAR FERNANDO RÁMIREZ SUAREZ
Comité Económico Estructurador

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
CT MARTINEZ CHAPARRO DIEGO FERNANDO
Comité Técnico Estructurador