Floridablanca, 13/03/26

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA

PN RASES No 5 MIC 017 2026

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de proporcionar la "PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR"

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta el presupuesto de la presente contratación, el cual no supera el 10% de la menor cuantía de la entidad, se debe realizar mediante la modalidad de mínima cuantía, en los términos indicados en el Decreto 1082 de 2015 artículo 2.2.1.2.1.5.2 Procedimiento para contratación mínima cuantía. Las siguientes reglas son aplicables a la contratación cuyo valor no excede del 10% de la menor cuantía de Entidad Estatal, independientemente de su objeto.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

OBJETO

"PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR"

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	producto
85121802	Servicios de Salud	Práctica médica	Laboratorios médicos	Servicios de laboratorios bacteriológicos

PRESUPUESTO

El valor estimado para el presente proceso corresponde a la suma de **CUARENTA Y UN MILLONES DE PESOS (41.000.000,00) M/CTE para la vigencia 2026.**

VIGENCIA	Fecha	No. Plan de compras	Unidad	Recurso	Descripción	Cantidad	Valor unitario incluido IVA	Valor total incluido IVA
2026			UPRES DENOR	16	SERVICIO DE LABORATORIO ESPECIALIZADO	1	41.000.000,00	41.000.000,00
Total								41.000.000,00

El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 35026 y SFI 143 del 12/03/2026,** expedidos por la Oficina de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5.

PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución iniciara a partir de la aprobación de la garantía única y expedición de la carta de inicio **hasta el 31 de octubre del 2026 o** hasta agotar presupuesto o lo primero que ocurra.

LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El objeto de la presente invitación, se realizarán directamente en las instalaciones ofrecidas del contratista, una vez los usuarios hayan surtido el trámite de autorización de la orden por parte de la oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, las instalaciones tendrán que estar ubicadas en la ciudad de San José de Cúcuta o área metropolitana

FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	La forma de ejecución del presente contrato procederá por evento. Para la prestación servicios de procesamiento de exámenes de III Y IV nivel y el objeto del presente contrato, el CONTRATISTA deberá contar con la autorización escrita de la Regional de Aseguramiento en Salud. 5 - Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander a través de su oficina de Redes Integrales ubicada en la calle 22N # 2-03 urbanización Tasajero y deberán respetarse las limitaciones descritas en las especificaciones técnicas mínimas. Así mismo y para efectos de facilitar la ejecución del contrato, la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander a través de su oficina de Redes Integrales ha aplicado en concordancia con el Decreto 4747 de 2007 compilado en el Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. En lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008, ésta Unidad, ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación: 1. Por el correo electrónico: denor.upres-rin@policia.gov.co Adicionalmente los aseguradores y prestadores con los cuales se tiene relación contractual, deben tener en cuenta los parámetros establecidos en el contrato, con el fin de verificar el tipo de afiliación del usuario, con su documento de identidad. **Nota 1**: Se aclara que la Dirección de Sanidad continúa implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 080 del 2022 del SSMP. **Nota 2:** Cuando se requieran servicios de complejidad que la entidad no ofrezca en su portafolio de servicios o no se encuentren habilitados por la Secretaría de Salud, deberán ser remitidos al nivel de complejidad que la Unidad de Prestadora de Salud Norte de Santander a través de su oficina de Redes Integrales designe según lo amerite el estado de salud del paciente. Para la prestación servicios de procesamiento de exámenes de III Y IV nivel objeto de la presente invitación se tendrá en cuenta el siguiente procedimiento: • Los medico generales o especialistas que preste sus servicios en la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander y red externa contratada emitirá la remisión teniendo en cuenta lo descrito en el Acuerdo 002 de 2001; esta remisión será entregada al paciente. • Las ordenes o remisiones por parte de los servicios de consulta externa, hospitalización o urgencias red externa también deberán tener en cuenta lo descrito en el Acuerdo 002 de 2001. • Una vez autorizada la remisión por parte de la oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander será entregada al paciente, quien solicitará la toma de muestra de exámenes en la entidad adjudicataria.
FORMA DE PAGO	La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO,** previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. **NOTA:** Para todos los casos se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007 que hace referencia a la asignación de turno para efectuar los pagos una vez se presenten las cuentas de cobros o facturas por servicios recibidos, si los documentos en referencia son devueltos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. Para el trámite de pago **EL CONTRATISTA** deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. El pago se realizará en moneda legal colombiana, en forma mensual, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio en la ventanilla única de central de cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el Supervisor del contrato, con los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5, de acuerdo al derecho a turno y al programa anual mensualizado de caja (PAC).
2. Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.
3. Si el acta de entrega y/o recibido no ha sido bien elaborada o no se acompaña a esta de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregida el acta o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos.
4. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente las respectivas actas a la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5.
5. Todos los pagos a que se compromete la Regional, serán cancelados dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a aquel en que haya sido radicada la respectiva factura en la ventanilla única de central de cuentas y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.
6. Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios del grupo regional red integrales servicios de salud de referencia y contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER adicionando los siguientes documentos:
7. Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes.
8. Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil)
9. Las facturas cargadas al contrato por prestación de servicios deben ser entregadas **EN MEDIO FÍSICO** los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de pre-radicado del módulo de radicación de cuentas médicas y los RIPS en medio magnético (CD), en la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, ubicada en la Calle 22N # 2-03 de la Ciudad de Cúcuta.

NOTA: Una vez se surta el proceso completo de auditoría médica a las facturas presentadas por parte del contratista, le corresponderá a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER enviar en físico (original) a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 ubicada en la Transversal 154 # 24-145 local 10 Barrio el Bosque Floridablanca (Santander), la facturación con la correspondiente documentación foliada y organizada para realizar la gestión del pago de los servicios prestados

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

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

Nota: las entidades que aún no cuentan con USUARIO Y CONTRASEÑA del módulo del SISAP WEB de la policía Nacional, deberán enviar la siguiente información al correo: **del supervisor asignado/ kelly.perez5174@correo.policia.gov.co con** el fin de ser asignado:

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

Las facturas deben estar dirigidas a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 NIT 804.012.688-5

Enviar el CD con la información de los RIPS anexo a la factura

Una vez estén radicadas en el módulo SISAP WEB (RECUM), las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar

El correo para recibir la facturación electrónica es siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co.

De acuerdo a la Ley General de Archivos (594 del 2000) para entidades del estado, las facturas deben estar legajadas al lado izquierdo con gancho plástico con un máximo de 250 folios en carpeta propalcote doble tapa tamaño oficio.

No se permiten facturas de multiusuarios

Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo y calificación o readmisión expedido por la DIAN, donde le confirma la permanencia de entidad sin Ánimo de lucro

Los RIPS deben de estar cargados en el módulo SISAP WEB (RECUM) (Registro de cuentas Medicas), posterior a esto se debe imprimir el pre-radicado y anexarlo como caratula en las facturas a entregar de forma física en la ventanilla única de central de cuentas

Es un solo pre-radicado por la cantidad de facturas que se carguen y un solo CD

Anexo a la Facturación debe allegarse el CD con la información de los RIPS, datos que deben estar completos y sin errores (información diligenciada por cada IPS).

Las entidades al momento de elaborar las factura de venta debe de enviarla al buzón electrónico de siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, los pasos a seguir se encuentran en **la circular externa 016 y 020, del Ministerio de Hacienda y Crédito Publico SIIF NACION.**

Una vez todos los documentos lleguen a central de cuentas se procederá a dar cumplimiento a la guía de gestión contractual en el SECOP II (Colombia Compra Eficiente), con lo establecido en el capítulo VI "seguimiento a la ejecución contractual", literal d) "Aprobación de facturas" descripto de la siguiente manera:

Aprobación de facturas una vez que los proveedores completan sus entregas y le envían a la Entidad Estatal las facturas correspondientes, la persona designada en la Entidad Estatal (generalmente del área financiera) debe de ingresar al SECOP II, consultar las facturas y aprobarlas o rechazarlas.

La plataforma solicita que los proveedores deben de llevar la factura en físico a la entidad antes de ingresarla al SECOP II de esta manera las unidades en el ámbito nacional, deberán verificar la información para aprobación de las facturas de los contratos.

El Certificado de Parafiscal debe de estar dirigido a Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5, con fecha al día, informando que la entidad se encuentra a paz y salvo, firmado por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal.

Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura electrónica de venta y debe estar pre-impreso.

Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.

Debe indicarse el nombre de la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5

Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del paciente).

Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).

Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.

Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.

Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio.

Adicionalmente, se deberá solicitar los siguientes soportes en las facturas de urgencias médicas:

Formato de información a terceros.
Certificación bancaria.
Fotocopia del RUT actualizada
Fotocopia cédula representante legal.
Notificación de la urgencia o autorización por parte del Grupo de redes integrales - Referencia y Contra referencia de la Unidad de Sanidad.
Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

Asimismo, de acuerdo con la circular externa No. 016 del sistema integrado de información Financiera SIIF Nación de fecha 09 de marzo de año 2021; solicita a todos los Representantes legales, secretarios generales, ordenadores del Gasto, Áreas Financieras, Coordinadores y usuarios del SIIF Nación; con el fin de realizar el proceso de recepción de Facturas electrónicas de venta, notas debido y notas crédito. La administración del SIIF nación implemento el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, notas debido y /o notas crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las entidades que hacen parte del presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020. Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web. Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el Coordinador y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.

NOTA 2: PROCESO DE RADICACION DE FACTURACION ELECTRONICA
Dentro de la ejecución del contrato se tendrá en cuenta que de acuerdo con la RESOLUCION 2275 DE 28/12/2023 "*Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta FEV en salud y se dictan otras disposiciones*" expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se tendrá en cuenta el artículo 14 que indica el tiempo de que dispone la entidad que realiza la facturación electrónica de venta en salud para el proceso de radicación ante el responsable de pago de la siguiente manera:

"Artículo 14. Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores. *Los facturadores electrónicos del sector salud disponen de veintidós (22) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición de la factura electrónica de venta con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes determinados en la normatividad vigente.*

Una vez recibidos dichos documentos, la entidad responsable de pago o demás pagadores generará automáticamente el número único de radicación con fecha y hora, momento a partir del cual se entenderá radicada, procediendo el trámite de la misma en el plazo establecido en la Ley. Dichos datos serán informados al facturador electrónico del sector salud- conforme con el mecanismo establecido por las partes y al Ministerio de Salud y Protección Social a través del mecanismo que este determine.

Parágrafo 1. *El facturador electrónico del sector salud anulará la factura cuando no se haya realizado la radicación dentro del plazo previsto en este artículo, procediendo la expedición de una nueva factura para el cobro de los servicios y tecnologías prestados."*

En Conclusión, **LA POLICÍA NACIONAL** sólo dará trámite a las facturas generadas por los

servicios prestados objeto del presente contrato que no presenten objeciones.

OBJECIONES Y GLOSAS: DECRETO 441 DE 2022 Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Sección 4. Facturas de venta y glosas. Artículo 2.5.3.4.4.2 Aceptación de las glosas. La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicios de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por el Regional de Aseguramiento En Salud Nº 5, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito electrónicas, subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada tácitamente y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad.

AUDITORIA DE CUENTAS. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única de Central de Cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según lo estipulado en la ley 1438 de 2011 articulo 57

TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas". (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de sanidad policial, que no debe superar los sesenta (60) hábiles posteriores a la radicación).

"Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago".

CAUSALES DE NO PAGO: LA POLICÍA NACIONAL

Todo servicio que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

	Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente. Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007. Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico". La Auditoría de Cuentas Médicas de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 concurrirá en el análisis y cumplimiento de lo aquí consagrado sobre dicho proceso. Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad. Servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen Teniendo en cuenta que según el numeral 9 del artículo 1.6.1.4.1. del Decreto 1625 de 2016 y el numeral 25 del artículo 1 de la Resolución DIAN No. 000042 de 2020, disponen: *"Notas débito y notas crédito para la factura electrónica de venta: Las notas débito y notas crédito son documentos electrónicos que se derivan de las operaciones de venta de bienes y/o prestación de servicios que han sido previamente facturados, asociadas o no a una factura electrónica de venta, mediante el Código Único de Factura Electrónica -CUFE cuando sea el caso, las cuales se generan por razones de tipo contable y/o fiscal, cumpliendo las condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto señale la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN".* De acuerdo a lo anterior, se debe cumplir a cabalidad tanto contablemente como en materia tributaria debido a que las notas créditos son el soporte legal y fiscal de la NO cancelación o modificación del valor a pagar de la facturación emitida por las entidades teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas por parte de la oficina de Auditoria Médica y las diferentes entidades, así mismo, justifican el cambio o modificación en la base de las retenciones practicada por los diferentes conceptos. NOTA: Toda glosa conciliada y que tenga valores aceptados por IPS que dentro de la documentación no tengan su debida nota crédito y sea detectada por la oficina de Contabilidad, no será tramitada para pago en la oficina de Tesorería hasta que la novedad sea subsanada.
CAUSALES DE RECHAZO DE LA PROPUESTA O DECLARATORIA DESIERTA DEL PROCESO	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. b. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. c. Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. d. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. e. Cuando el objeto social o actividad mercantil del proponente, indicado en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil no faculte a la sociedad o persona natural para desarrollar la actividad materia de la futura contratación, exigencia que aplica a

	cada uno de los integrantes de Consorcios, Uniones Temporales u otra forma de asociación, si hay lugar a ello. . f. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. g. Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos. i. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j. <u>La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del plazo establecido en el requerimiento de la unidad.</u>** k. En el evento de exigir oferta Total, ésta se rechaza si sobrepasa el presupuesto oficial asignado al proceso o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se permite la presentación de oferta parcial por grupo, se rechaza la oferta del grupo si sobre pasa el presupuesto oficial asignado al mismo o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se acepta oferta parcial por ítem, se rechaza la oferta del ítem si sobrepasa el precio estimado asignado al mismo. l. Cuando la oferta se registre en SECOP II en forma extemporánea o en un proceso diferente. De acuerdo, a los lineamientos del SECOP II la propuesta debe ser ingresada a la plataforma por parte de los proveedores en la fecha y hora indicada en la plataforma. En ningún caso la Regional de Aseguramiento No. 5 se hará responsable del retraso en el ingreso de las propuestas, toda vez que el aplicativo no es administrado por Regional de Aseguramiento No. 5, siendo única y exclusiva responsabilidad del proveedor disponer del tiempo necesario para el ingreso oportuno a la del cierre del presente proceso. m. Cuando la oferta no se ajuste a la forma de adjudicación establecida. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La Regional de Aseguramiento No. 5 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna la Aceptación de Oferta, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP. En los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.
FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	Se adjudicará el contrato en forma total al oferente con el MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO aplicable a cada ítem; que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento con segundo MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado. No se aceptarán propuestas **ALTERNATIVAS** (entiéndase como propuestas diferentes, propuestas con variaciones a las ya definidas en las condiciones técnicas mínimas del proceso), de hacerse de esta manera no serán tenidas en cuenta. Solo se evaluará y se verificará aquella oferta que se encuentre completa y que cumpla con los requisitos señalados en la presente invitación. La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará mediante comunicación de aceptación de la oferta, la entidad manifestará la aceptación expresa e incondicional de la misma, los datos de contacto de la entidad y del supervisor designado, con la publicación de la comunicación de aceptación en la plataforma del SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. De no quedar ningún oferente habilitado se declarará desierto el proceso, mediante comunicación motivada que se publicará en la plataforma del SECOP II.
FACTORES QUE	

SE TENDRÁN EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN	El único factor de evaluación económica es el precio, teniendo en cuenta que este proceso de contratación se realizará mediante la modalidad de Mínima Cuantía de acuerdo al Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015; siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas. Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con el **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO** que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso. La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO**, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento del segundo **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO** y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado.
PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMPATE	En caso de empate, la entidad estatal aplicará los criterios del artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 conforme con los medios de acreditación del decreto 1860 de 2021, artículo 2.2.1.2.4.2.17. "Factores de desempate y acreditación" De continuar el empate, se verificará y evaluará la oferta que haya sido presentada primero en el tiempo de acuerdo a lo indicado en la plataforma del SECOP II.
ADJUDICACIÓN CON OFERTA ÚNICA	De acuerdo al Artículo 2.2.1.1.2.2.6 del Decreto 1082 de 2015, "*La Entidad Estatal puede adjudicar la Aceptación de Oferta cuando sólo se haya presentado una oferta siempre que cumpla con los requisitos habilitantes exigidos y satisfaga los requisitos de los pliegos de condiciones, sin perjuicio de las disposiciones especiales establecidas en la ley y el presente decreto para la subasta inversa, el concurso de méritos y las reglas particulares para los procesos con convocatoria limitada a las Mipymes*".
INFORMACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta. La oferta y su aceptación constituyen el contrato estatal.
ANÁLISIS DE GARANTÍAS: TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL RIESGO	Las contenidas en el **Anexo N° 2** de la presente Invitación.
INVITACIÓN VEEDURÍAS	QUE EN CUMPLIMIENTO EN LO DISPUESTO EN LA LEY 80 DE 1993, SE CONVOCA A TODAS LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS, PARA QUE PARTICIPEN EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL Y POSTCONTRACTUAL DEL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 80 DE 1993 Y LA LEY 850 DE 2003.

CONVOCATORIA LIMITADA A MIPYMES

De igual forma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021 y en concordancia con lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 34 de la Ley 2069 de 2020, el presente proceso es susceptible de ser limitado a Mipymes, cuando se haya manifestado interés de por lo menos dos (02) Mipymes, con mínimo un (1) año de existencia, dentro del día hábil siguiente a la publicación de la invitación pública

Por lo anterior se convoca a las MIPYMES interesadas para que, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.2 del decreto 1082 de 2015, realicen su solicitud de limitar la presente convocatoria a Mipymes, para lo cual deberán cumplir con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.4 del Decreto 1082 de 2015 así:

"1. Las personas naturales mediante certificación expedida por ellos y un contador público, adjuntando copia del registro mercantil.

2. Las personas jurídicas mediante certificación expedida por el representante legal y el contador o revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, adjuntando copia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o por la autoridad competente para expedir dicha certificación.

Para la acreditación deberán observarse los rangos de clasificación empresarial establecidos de conformidad con la Ley 590 de 2000 y el Decreto 1074 de 2015, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.

PARÁGRAFO 1. En todo caso, las Mipymes también podrán acreditar esta condición con la copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación.

PARÁGRAFO 2. Para efectos de la limitación a Mipymes, los proponentes aportarán la copia del registro mercantil, del certificado de existencia y representación legal o del Registro Único de Proponentes, según corresponda conforme a las reglas precedentes, con una fecha de máximo sesenta (60) días calendario anteriores a la prevista en el cronograma del Proceso de Contratación para el inicio del plazo para solicitar la convocatoria limitada.

PARÁGRAFO 3. En las convocatorias limitadas, las Entidades Estatales independientemente de su régimen de contratación, los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales y los particulares que ejecuten recursos públicos, solo deberán aceptar las ofertas de Mipymes o de proponentes plurales integrados únicamente por Mipymes.

PARÁGRAFO 4. Los incentivos previstos en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 y 2.2.1.2.4.2.3 de este Decreto no excluyen la aplicación de los criterios diferenciales para los emprendimientos y empresas de mujeres en el sistema de compras públicas."

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta escaneada en original y con los siguientes documentos en la página de Colombia Compra Eficiente – SECOP II así:

2.1 DE ORDEN JURÍDICO

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al **Formulario N° 1** de la presente invitación firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.
- ✓ Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
- ✓ La Policía Nacional Consultara Antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ La Policía Nacional Consultara el Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ La Policía Nacional Consultara el Certificado del Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales:

Para Persona Jurídica: Certificación de Aportes Parafiscales suscrita por el Revisor Fiscal en caso que exista (*anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal*), de no contar con el revisor fiscal, la certificación será expedida por el representante legal. La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Para el caso de Persona Natural: Declaración juramentada, en la cual el oferente a nombre propio certifique el pago de los aportes parafiscales e indique que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La certificación debe ser expedida por el plazo establecido en el artículo 50 de ley 789 de 2002. La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad. En caso de ser el proponente persona natural o jurídica sin personal a cargo y por ende no estar obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, certificará bajo la gravedad de juramento dicha situación.

- ✓ Compromiso anticorrupción suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica) (Diligenciar **Formulario N° 3** de la presente invitación).
- ✓ Acuerdo de confidencialidad diligenciar **formulario N° 4**, suscrito por el oferente
- ✓ CERTIFICADO NACIONAL DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM - Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no esté reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, certificado no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierra del presente proceso de selección, conforma el artículo 6.1 de la ley 2097 de 2021, reglamentada por el decreto 1310 de 2022., https://carpetaciudadana.and.gov.co/inicio-de-sesion.

2.2 DE ORDEN TÉCNICO

2.2.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

2.2.1.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS: La presente invitación cuenta con unas condiciones técnicas mínimas, las cuales deberán cumplirse en su literalidad. Que se calificaran bajo el criterio de CUMPLE o NO CUMPLE.

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

a) Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la secretaria de Salud Departamental designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los **servicios en la ciudad de San José de Cúcuta o área metropolitana.**
b) Portafolio de Servicios de la Entidad oferente.
a) Entregar formalmente junto con la propuesta el MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente.

Este aspecto se verificará de conformidad con el **ANEXO** Especificaciones Técnicas Mínimas.

2.2.1.2 EXPERIENCIA PROPONENTE

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

Nombre de la razón social del contratante y del contratista dirección y teléfono
Objeto del contrato
Número del contrato
Fecha de inicio y terminación del contrato
Valor del contrato
Indicar si cumplió con las especificaciones técnicas del contrato
La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces apoderado o persona autorizada para ello, indicando la dirección NIT y teléfono

NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, y la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.

No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 - Policía Nacional se reserva el derecho de hacer las verificaciones que considere necesarias en la documentación presentada ante organismos de control como DIAN, CÁMARA DE COMERCIO, etc., con el fin de garantizar la transparencia del proceso de contratación.

Este aspecto se verificará de conformidad con el **ANEXO No 1** Especificaciones Técnicas Mínimas.

2.2.1.3 NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO / RELACIÓN DE TALENTO HUMANO

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad, donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjeta profesional y demás documentos que acreditan su idoneidad para desarrollar las actividades que se pretenden contratar en el presente proceso, así mismo en la certificación debe constar que el personal cuenta con la experiencia laboral de un (01) año en el ejercicio profesional. Por ende, deberá anexar la (s) hoja (s) de vida de los profesionales junto con el respectivo listado de relación de talento humano del personal que prestarán los servicios, especificando nombres completos, documento de identidad, profesión y rol para el que está propuesto, así mismo deberán certificar el personal se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS).

NOTA 1: A través del supervisor del contrato la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, se reserva el derecho de solicitar el cambio de personal asignado para la ejecución del contrato, si no existe entera

satisfacción acerca de la idoneidad y experiencia del mismo, previa notificación por escrito al contratista, debiendo éste asignar uno nuevo de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia, en un término máximo de cinco (5) días calendario contados a partir de la notificación de la solicitud, en caso que el cambio sea solicitado por el contratista, este contará con máximo cinco (5) días calendario para proveer el personal de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia. **Cada uno de los perfiles corresponde a una determinada persona, esto es, no se podrá acreditar que una misma persona cumple con varios de los perfiles.**

DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO N°7 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO N°8 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO, DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTAR CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.

PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL PROPUESTO		
ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	**CANTIDAD**	**REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO**
BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO	**2**	**Requisito:** Profesional en BACTERIOLOGIA y LABORATORISTA CLINICO, 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. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo **un (1) año de experiencia profesional** o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 2043 de 2020).
AUXILIAR DE ENFERMERIA	**2**	**Requisito:** Técnico en AUXILIAR DE ENFERMERIA, diplomado en auxiliar de laboratorio clínico expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. **Experiencia Requerida:** Certificar **mínimo un (1) año de experiencia profesional** o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 2043 de 2020).

NOTA: No se aceptarán certificaciones con enmendaduras o que no contengan la información exigida, que sean anteriores a la fecha de expedición de la tarjeta profesional del empleado y se deja en claro que el personal propuesto será quien ejecute en forma directa el objeto de la presente contratación.

La Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 se reserva el derecho de verificar la veracidad de los documentos que los oferentes aporten a su propuesta.

Este aspecto se verificará de conformidad con los **ANEXO N°7 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO N°8 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO**.

2.2.1.4 EXPERIENCIA

De conformidad con lo requerido en el EXPERIENCIA PROPONENTE

2.2.1.5 EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Para la experiencia se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020 "Por medio de la cual se reconocen las prácticas laborales como experiencia profesional y/o relacionada y se dictan otras disposiciones" De conformidad con lo requerido en el **ANEXO N°7 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO N°8 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO.**

Este aspecto se verificará en el **ANEXO N°7 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO N°8 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO**.

2.2.1.6 CAPACIDAD OPERATIVA

Los oferentes, IPS y/o especialistas deberán contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente acreditado y habilitado por el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL O EN SU DEFECTO SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD O ENTE TERRITORIAL (Resolución 1043 de 2006 "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones", **Resolución 2680 del 2007**, resolución 2003 de 2014 del ministerio de la protección social 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 y Decreto 1011 del 03 de abril de 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".

Para la prestación de los servicios debe contar con:

- Un área exclusiva y determinada por espacios con una sala de espera y recepción
- Sistema donde se puedan visualizar y descargar los resultados de laboratorio clínico
- Contar con los equipos óptimos y áreas así:

1. Sala de espera y recepción.
2. Área de procesamiento
3. Equipos automatizados o semiautomatizados para el procesamiento de muestras
4. Área de montaje de muestras.
5. Área de esterilización, lavado de material
6. Área donde reposan los residuos biológicos (independiente del área de procesamiento)
7. Baños
8. Área administrativa

Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar ANEXO **N°9** certificación de capacidad administrativa y operacional firmada por el representante legal de la entidad oferente.

2.3 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

2.3.1 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 "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones".

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 N°10 DENOMINADO CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA"** de la presente invitación.

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

El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO N°11 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.

2.3.3 HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:

El oferente deberá diligenciar y presentar el **ANEXO N°12 HOJA DE VIDA EQUIPOS** de la presente invitación que corresponde a certificación firmada por la representante legal relacionada con la hoja de vida de los equipos que se requieren para la prestación de los servicios de salud de mediana complejidad en procesamiento de exámenes de III Y IV nivel a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

2.3.4 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO N°13 "DENOMINADO OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN"** referente a las oportunidades en la atención a garantizar a los usuarios.

2.3.5 BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES:

El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO N°14 COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**

2.2 DE ORDEN ECONÓMICO

Los precios ofertados no deben presentar ningún tipo de condicionamiento, ni deben superar el precio techo establecido de acuerdo con lo dispuesto en el OFERTA ECONÓMICA. Se revisará los precios unitarios de los ítems ofertados con el fin de verificar que no sobrepasen el precio techo establecido para ellos en la OFERTA ECONÓMICA, en el evento que uno de los ítems sobrepase el precio techo, el ítem será rechazado, por lo tanto, será rechazada económicamente la oferta ya que estaría inmerso dentro de las causales de rechazo.

La propuesta económica deberá ser presentada, en los términos y condiciones establecidos en el cuestionario de SECOP II.

Las ofertas que superen el valor total establecido en el presupuesto oficial no serán habilitadas económicamente.

Al momento de la apertura de los sobres electrónicos de las propuestas recibidas a través de la plataforma SECOP II, se determinará el orden de elegibilidad, iniciando por **LA OFERTA CON PROPUESTA ECONÓMICA DE MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO.**

La Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 mediante el comité evaluador procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de mayor porcentaje único de descuento, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del segundo mayor porcentaje único de descuento y así sucesivamente.

Lo anterior, en cumplimiento a lo descrito en el numeral 8 del procedimiento de la mínima cuantía y las notas 99 y 100 de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014, del Manual de la Contratación en la Policía Nacional y lo establecido en los numerales 4° y 6° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015.

Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP II, de acuerdo a lo citado en la NOTA 101, de la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014. (Manual de Contratación en la Policía Nacional).

NOTA 1: El ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5 - Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el porcentaje de descuento a la oferta por el tiempo de ejecución del futuro contrato a celebrar, estos valores no estarán sujetos a ninguna clase de modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 5 OFERTA ECONÓMICA.**
- ✓ Diligenciar el **ANEXO N° 6 SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.**
- ✓ Registro Único Tributario.

- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Diligenciar **Formulario N° 2** de la presente invitación).

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

La cronología del proceso se desarrollará de acuerdo a los parámetros y criterios establecidos por Colombia compra eficiente a través de la plataforma del SECOP II https://www.colombiacompra.gov.co/

Publicación de la invitación	Lugar: Pagina de Colombia Compra Eficiente – SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ Fecha establecida en la página de Colombia Compra
Manifestación de limitación a Mipymes y Observaciones a la Invitación Pública	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública, y **Manifestación de limitación a Mipymes** dentro del Día hábil siguiente a la publicación en la página de Colombia Compra – SECOP II. **NOTA:** No se absolverán consultas efectuadas telefónicamente o en forma personal, sola será tenida en cuenta en este proceso, la información recibida a través de la página de Colombia compra eficiente – SECOP II.
Publicación Aviso Limitación a Mipymes y Respuesta a las observaciones	Dentro del día hábil siguiente al término establecido para la manifestación de la Limitación a Mipymes
Entrega de propuestas	Lugar: Colombia Compra Eficiente - SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ En la fecha y hora establecida en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II.
Evaluación de las Propuestas, Verificación y/o solicitud de los Requisitos Habilitantes.	Dentro de los (03) tres días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas.
Subsanación de documentos	Dentro del día hábil siguiente al requerimiento de la entidad
Publicación de la Evaluación y verificación	Dentro de los (02) dos días hábiles siguientes a la fecha de Subsanación.
Observaciones a la Evaluación.	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas, dichas solicitudes deberán formularse por escrito en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II. Los documentos subsanables deberán presentarse hasta dentro de los términos fijados por la entidad, para la subsanación de documentos. Los documentos que se presenten con posterioridad al término señalado no serán tenidos en cuenta
Respuesta a observaciones y/o Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los tres días hábiles siguientes al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.
Indisponibilidad del SECOP II	*En caso de presentarse una falla general o particular previas al evento de presentación de la oferta, presentación de observaciones o subsanación de documentos, que no le permita hacer la acción, deberá informar a la entidad a través del correo electrónico yurany.obregon@correo.policia.gov.co con la siguiente información:* • *Número del proceso* • *Nombre del usuario de la plataforma del SECOP II* • *Nombre de la entidad* • *Numero de NIT o cedula del oferente* *Y seguidamente deberá informar a la mesa de ayuda de Colombia Compra Eficiente creando un caso del inconveniente o falla presentada.* *Lo anterior atendiendo el protocolo de indisponibilidad que se encuentra anexo en la plataforma del SECOP II.*

a. La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

b. De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación SECOP II hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

4. SUPERVISOR DE LA ACEPTACIÓN DE OFERTA.

La supervisión del contrato estará a cargo del responsable del **LABORATORIO CLÍNICO LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER**, o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto, de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 el cual verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto la Resolución No. 00090 del 15/01/2018.

- El supervisor del contrato realizara seguimiento continuo, garantizando la eficiente y oportuna inversión de los recursos del contrato, debiendo ceñirse a las condiciones y términos convenido en el contrato, así mismo, verificara cualquier hecho o circunstancia constitutiva de incumplimiento de lo pactado, rindiendo un informe inmediatamente al contratista, proveedor, jefe de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander y al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, como contratante.

- Informará periódicamente al ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, el porcentaje de ejecución del contrato en el formato establecido código: 2BS-FR-0019, versión 5 del 12 de marzo de 2021, informe supervisores seguimiento contractual.

- Subirá los documentos soporte ejecución de contrato "constancia recibida a satisfacción, informe supervisores seguimiento contractual, certificación de parafiscales, planillas de pagos, con un plazo máximo de 3 días posteriores a su diligenciamiento en el área de trabajo de la ejecución del contrato, en el sistema electrónico de contratación pública SECOP II.

- Mantendrá permanente en vigilancia los servicios contratados, verificando los plazos, términos y condiciones, conforme lo descrito en el contrato.

- Dara cumplimiento a la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018, emanada de la Dirección General de la Policía Nacional. "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014", y en la Ley 1474 de 2011 artículos 82 a 86.

- Tendrá la obligación de solicitar acompañamiento de carácter técnico, económico y jurídico, de requerirlo, para la supervisión y control de la ejecución del contrato, de las direcciones y especialidades institucionales que cuenten con la formación técnica o profesional en el área respectiva que el supervisor requiera.

- Elaborar y remitir el proyecto de liquidación del contrato, una vez terminado, ejecutado y cancelado en su totalidad, según Código: 2BS-FR-0023 Versión 5 del 12 de marzo de 2021, ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL.

Atentamente,

Teniente coronel **ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento En Salud No. 5

Elaboró:
PT. Yurany Obregón Julio
Analista de Contratos RASES No 5
Fecha de elaboración: 12/03/2026

Revisó:
CT. Oscar J. Merino Chamorro
Jefe grupo Contratos RASES No 5

Revisó:
IT. OSCAR ENRIQUE ESPINOSA BARRIOS
Abogado RASES No 5

Revisó:
MY. LEONARVO VEGA CALA
Jefe área Logístico y Financiero RASES No 5

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

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

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

b. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas

Para lo anterior se diligencia la información en el siguiente cuadro:

No.	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	906401B	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO		
2	906468B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
3	906468B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
4	906483B	**ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
5	903111B	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO		
6	903112B	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]		
7	903113B	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS		
8	903114B	**ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS		
9	903101B	**ACIDOS BILIARES TOTALES		
10	908329B	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO		
11	908343B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO		
12	902072B	**ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBRAND		
13	903401B	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]		
14	906301B	**Adenovirus ANTIGENO		
15	902001B	**ADHESIVIDAD PLAQUETARIA		
16	906405B	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
17	906902B	**AGLUTININAS AL CALOR		
18	906901B	**AGLUTININAS AL FRIO		
19	902002B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]		
20	902053B	**AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES		
21	902003B	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA		
22	903402B	**ALDOLASA		
23	904801B	**ALDOSTERONA		
24	904802B	**ALDOSTERONA EN ORINA		
25	908309B	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA. LISINA. GLISINA. CISTINA. FENILALANINA. TIROSINA. TRIPTOFANO		
26	908338B	**AMINOACIDOS CUANTITATIVOS		
27	908310B	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO		
28	908311B	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA		
29	908312B	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO		
30	908313B	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL		
31	903602B	**AMONIO		

32	904501B	**ANDROSTENEDIONA		
33	906525B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I		
34	906526B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II		
35	906521B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (PRA) CUALITATIVO		
36	906523B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (PRA) CUANTITATIVO		
37	906522B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (PRA) CUALITATIVO		
38	906524B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (PRA) CUANTITATIVO		
39	906497B	**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2		
40	906509B	**ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA Incluye: ANALISIS DE INCOMPATIBILIDADES ACEPTABLES		
41	906444B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO		
42	902019B	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND		
43	906611B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
44	906302B	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1		
45	906613B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO		
46	906614B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO		
47	906490B	**ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
48	906618B	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
49	906303B	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
50	906304B	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus. Salmonella paratyphi A y B. tiphy H y O. Proteus OX19		
51	903060B	**ANTIOXIDANTES TOTALES		
52	905709B	**ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO		
53	906333B	**Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
54	906102B	**Aspergillus. ANTICUERPOS POR LATEX		
55	908402B	**BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)		
56	908403B	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO		
57	908417B	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO		
58	906480B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
59	906481B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
60	906482B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
61	906801B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
62	906103B	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
63	906003B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
64	906005B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
65	906007B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
66	906306B	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
67	901202B	**Bordetella pertussis CULTIVO		
68	906010B	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
69	906011B	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO		
70	901203B	**Brucella CULTIVO		
71	906012B	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
72	906621B	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
73	906851B	**CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
74	906334B	**Cándida spp ANTÍGENO		
75	903812B	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO		
76	908318B	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS		
77	908340B	**CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS		
78	908404B	**CARIOTIPO CON BANDEO G		
79	908439B	**CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA		

80	908410B	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA		
81	908409B	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL		
82	908411B	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS		
83	903006B	**CAROTENOS		
84	903007B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H		
85	903008B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA		
86	903007B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H		
87	903010B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA		
88	903417B	**CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA		
89	906016B	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
90	906017B	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
91	906018B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
92	906019B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
93	906020B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
94	906021B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
95	906308B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL		
96	906307B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
97	908314B	**CISTINA CUANTITATIVA		
98	908805B	**Citomegalovirus CARGA VIRAL		
99	903052B	**CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS		
100	903053B	**CITRATOS EN ORINA PARCIAL		
101	906339B	**Clostridium difficile ANTÍGENO A Y B		
102	901502B	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile. Clostridium botulinum		
103	903419B	**COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]		
104	903420B	**COLINESTERASA SERICA		
105	906904B	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
106	903421B	**COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA		
107	901207B	**Corynebacterium difteriae CULTIVO		
108	906314B	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO		
109	906335B	**Cryptosporidium spp ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
110	903826B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO. ACETOACETATO. BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)		
111	903827B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO. ACETOACETATO. BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)		
112	901218B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA		
113	903423B	**D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION		
114	906208B	**Dengue ANTICUERPOS Ig M		
115	907109B	**DENSIDAD URINARIA		
116	903424B	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA		
117	908890B	DETECCION Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
118	904605B	**DIHIDROTESTOSTERONA		
119	906809B	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO		
120	906808B	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO		
121	906810B	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
122	906811B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
123	906812B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		

124	906622B	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
125	906113B	**Entamoeba histolítica ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
126	908870B	Epstein Barr IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
127	906211B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
128	906217B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
129	906212B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
130	906213B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
131	906214B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
132	906215B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
133	906216B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
134	908811B	**Epstein-Barr CARGA VIRAL		
135	908413B	**ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]		
136	902106B	**ERITROPOYETINA		
137	903013B	**ESPERMOGRAMA COMPLETO Incluye: ACIDO CITRICO. ACIDO ASCORBICO. FRUCTOSA. GLICEROL FOSFORIL COLINA		
138	908412B	**ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES		
139	906623B	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
140	908441B	**FACTOR DE LEIDEN MUTACION		
141	902012B	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]		
142	906813B	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
143	902014B	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]		
144	902016B	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]		
145	902017B	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]		
146	902018B	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION		
147	902020B	**FACTOR X [STUART PROWER]		
148	902021B	**FACTOR XI [PTA]		
149	902022B	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]		
150	902023B	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]		
151	903202B	**FENILALANINA CUALITATIVA		
152	908315B	**FENILALANINA CUANTITATIVA		
153	905210B	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN. CUMATIL. HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS		
154	905213B	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN. CUMATIL. HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS		
155	905214B	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO		
156	902024B	**FIBRINOGENO		
157	903830B	**FOSFATASA ACIDA		
158	903834B	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO		
159	903837B	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO		
160	902107B	**FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS		
161	903301B	**GALACTOSA		
162	908303B	**GANGLIOSIDOS CUALITATIVOS		
163	903839B	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		
164	906624B	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
165	906336B	**Giardia lamblia ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
166	906316B	**Giardia lamblia MANUAL		
167	908328B	**GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS		
168	904701B	**GLUCAGON		
169	902109B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA		
170	906625B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
171	903021B	**HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA		
172	906022B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

173	906023B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
174	906024B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
175	906025B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
176	901220B	**Helicobacter pylori CULTIVO		
177	901221B	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
178	901223B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
179	901225B	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA		
180	903428B	**HEMOSIDERINA EN ORINA		
181	902050B	**HEPARINA COFACTOR II		
182	906332B	**Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA		
183	906317B	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]		
184	906318B	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
185	908805B	**Hepatitis B CARGA VIRAL		
186	908806B	**Hepatitis C CARGA VIRAL		
187	908871B	Hepatitis C IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
188	906818B	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
189	906318B	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
190	906266B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
191	906267B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
192	906320B	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
193	908808B	**Herpes simplex CARGA VIRAL		
194	904811B	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17		
195	904509B	**HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA		
196	906822B	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
197	906337B	**Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
198	903022B	**HOMOCISTEINA		
199	904103B	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA		
200	904111B	**HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA		
201	904102B	**HORMONA ANTIDIURETICA		
202	904511B	**HORMONA ANTIMULLERIANA		
203	904201B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA		
204	904202B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA		
205	904205B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA		
206	906233B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
207	906232B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
208	906321B	**Influenza ANTIGENO		
209	906825B	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA		
210	906824B	**INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO		
211	906834B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
212	906837B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
213	906842B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
214	906843B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
215	906426B	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
216	906425B	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
217	906848B	**INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]		
218	906028B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
219	906027B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
220	906322B	**Legionella spp ANTIGENO		

221	901309B	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
222	906121B	**Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
223	904006B	**LEPTINA		
224	906029B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
225	906030B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
226	903430B	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA		
227	906709B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA		
228	906711B	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
229	906730B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
230	906732B	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
231	906738B	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
232	906718B	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
233	906762B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
234	906763B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
235	906712B	**LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
236	906714B	**LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
237	906720B	**LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
238	906744B	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
239	906764B	**LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
240	903847B	**LIPASA		
241	905312B	**LITIO AUTOMATIZADO		
242	903062B	**MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA		
243	902118B	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA		
244	905736B	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO. CADMIO. COBRE. NIQUEL. PLOMO U OTROS		
245	903058B	**METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL		
246	903059B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS		
247	903068B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
248	903067B	**METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
249	903025B	**METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS		
250	908426B	**METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACION		
251	901229B	**MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO		
252	906484B	**MICROSOMALES HIGADO Y RINON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
253	903030B	**MIOGLOBINA CARDIACA		
254	903031B	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO		
255	906746B	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
256	906435B	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS		
257	908827B	**Mycobacterium leprae IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
258	908826B	**Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
259	901007B	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
260	906032B	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
261	908825B	**Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
262	908846B	**Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
263	906033B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
264	906034B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
265	906036B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

266	906035B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
267	906051B	**Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS		
268	906323B	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO		
269	901232B	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO		
270	901233B	**Neisseria meningitidis CULTIVO		
271	906487B	**NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
272	903069B	**NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
273	903036B	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE		
274	906324B	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO		
275	903065B	**PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO]		
276	904706B	**PEPTIDO C		
277	903037B	**PIRIDINOLINA EN ORINA		
278	908305B	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD		
279	906445B	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
280	902120B	**PLASMINOGENO ACTIVADOR TISULAR		
281	906447B	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
282	906448B	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO		
283	906325B	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
284	903038B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS		
285	903056B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL		
286	903057B	**PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE		
287	903039B	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE		
288	906912B	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
289	903065B	**PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)		
290	904112B	**PROCALCITONINA		
291	906847B	**PROCALCITONINA MANUAL		
292	906841B	**PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
293	904510B	**PROGESTERONA		
294	903042B	**PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]		
295	907103B	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL		
296	902005B	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL		
297	902121B	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]		
298	908414B	**PRUEBA DE CROMATINA		
299	907104B	**RECUENTO DE ADDIS		
300	908337B	**RELACION LACTATO/PIRUVATO		
301	904005B	**RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA		
302	904004B	**RENINA TOTAL		
303	906327B	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL		
304	906326B	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
305	906245B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
306	906246B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
307	904708B	**SOMATOSTATINA		
308	906052B	**Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
309	906331B	**Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO		
310	906269B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
311	906268B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
312	906134B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
313	904601B	**TESTOSTERONA LIBRE		
314	906501B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)		
315	906502B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)		
316	906506B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)		

317	906503B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B		
318	906517B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27		
319	906504B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR		
320	906512B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A		
321	906518B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C		
322	906514B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ		
323	906513B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION		
324	906457B	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS		
325	906491B	**TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
326	903047B	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL		
327	906247B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
328	906248B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
329	908821B	**Varicela zoster IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
330	908817B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
331	908832B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL		
332	906250B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA		
333	906329B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO		
334	903701B	**VITAMINA A [RETINOL]		
335	903702B	**VITAMINA B1 [TIAMINA]		
336	903704B	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]		
337	903705B	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]		
338	903709B	**VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]		
339	903708B	**VITAMINA E [TOCOFEROL]		
340	903711B	**VITAMINA K		
341	906050B	**Actynomices ANTICUERPOS		
342	904502B	**ANDROSTERONA EN ORINA		
343	906305B	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
344	908301B	**ASPARTILCILASA. EN LEUCOCITOS		
345	901242B	**Corynebacterium difteriae PRUEBA DE TOXIGENICIDAD		
346	906310B	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
347	906312B	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
348	902052B	**CRIOFIBRINÓGENO		
349	906807B	**ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA		
350	902015B	**FACTOR III PLAQUETARIO		
351	908315B	**FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA		
352	908304B	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD		
353	908319B	**FOSFORILASA ACTIVIDAD		
354	907205B	**FRAGILIDAD OSMOTICA ESPERMATICA		
355	908327B	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD		
356	908302B	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA		
357	902108B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA		
358	901222B	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA		
359	901224B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA		
360	904814B	**HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL		
361	906427B	**ISOAGLUTININAS		
362	906026B	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
363	860207B	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]		
364	906708B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
365	906710B	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
366	906754B	**LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
367	906722B	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

368	906724B	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
369	906726B	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
370	906728B	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
371	906734B	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
372	906736B	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
373	906717B	**LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
374	906716B	**LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
375	906740B	**LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
376	906742B	**LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
377	906713B	**LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
378	906715B	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
379	906721B	**LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
380	906748B	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
381	906031B	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
382	901231B	**Mycoplasma CULTIVO		
383	901234B	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS		
384	908306B	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD		
385	906750B	**PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
386	906752B	**PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
387	906338B	**Plasmodium spp ANTÍGENO MAUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
388	906449B	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
389	906850B	**PRESEPSINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
390	903882B	**PRUEBA DE RIFAMPICINA (4 MUESTRAS)		
391	906264B	**Rubeola ANTICUERPOS MANUAL		
392	906328B	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL		
393	906265B	**Sarampión ANTICUERPOS MANUAL		
394	908843B	**SarampiOn IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
395	906519B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP		
396	860209B	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]		
397	901240B	IDENTIFICACION DE BACTERIAS + A/B POR MIC		
398	901236B	UROCUETIVO CON A/B POR MIC		
399	901217B	CULTIVO DE GERMENES COMUNES Y A/B (MIC)		
400	901217B	SECRECION URETRAL: Microscopico y cultivo		
401	901206B	COPROCULTIVO		
402	901218B	CULTIVO ANAEROBIOS		
403	901217B	CULTIVO DE ESPUTO Y A/B		
404	901217B	CULTIVO PARA BUSQUEDA Y AISLAMIENTO DE STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO - MUESTRA ANO - RECTAL		
405	901217B	CULTIVO PARA BUSQUEDA Y AISLAMIENTO DE STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO - MUESTRA VAGINAL		
406	901232B	CULTIVO PARA BUSQUEDA DE NEISSERIA GONORRHOEAE Y A/B (MIC)		
407	860205B	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]		
408	903606B	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS]		
409	903043B	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY		
410	905727B	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS		
411	902210b	CUADRO HEMATICO		
412	903841b	GLUCOSA		
413	903818b	COLESTEROL		
414	903868b	TRIGLICERIDOS		
415	902037B	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE		
416	902033B	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD		

417	905738B	MONOXIDO DE CARBNO(CARBOXIHEMOGLOBINA) AUTOMATIZADO		
418	904303B	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS		
419	904809B	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (EPIANDROSTERONA -DHEA -SO4) CADA MUESTRA		
420	903416B	CERULOPLAMINA SEMIAUTOMATIZAA		
421	901210B	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICRORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA		
422	903431B	LIPOPROTEINA A		
423	903410B	APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA		
424	903105B	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO		
425	903838B	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA		
426	906602B	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
427	906433B	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL		
428	906437B	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL		
429	906851B	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
430	903406B	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA		
431	906052B	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
432	908427B	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A		
433	903439B	TROPONINA T CUANTITATIVA		
434	906454B	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
435	906456B	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
436	906453B	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
437	906258B	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
438	907006B	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]		
439	903005B	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
440	903109B	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS		

CONDICIONES TÉCNICAS			
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO:** El OFERENTE deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar, máximo tres (3) certificaciones o copias de contratos ejecutados, con concepto favorable de la ejecución de los contratos, cuyo objeto sea similar al de la presente invitación y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor del presupuesto asignado para esta contratación. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: Nombre de la razón social del contratante y del contratista dirección y teléfono Objeto del contrato Número del contrato Fecha de inicio y terminación del contrato Valor del contrato Indicar si cumplió con las especificaciones técnicas del contrato La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces apoderado o persona autorizado para ello, indicando la dirección NIT y teléfono NOTA 1: En caso de que el oferente desee aportar certificaciones de contratos celebrados con la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, este podrá aportar en documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, y la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012. No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias. La Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 - Policía Nacional se reserva el derecho de hacer las verificaciones que considere necesarias en la documentación presentada ante organismos de control como DIAN, CÁMARA DE COMERCIO, etc., con el fin de garantizar la transparencia del proceso de contratación.		

2	NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO / RELACIÓN DE TALENTO HUMANO Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL de la entidad, donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjeta profesional y demás documentos que acreditan su idoneidad para desarrollar las actividades que se pretenden contratar en el presente proceso, así mismo en la certificación debe constar que el personal cuenta con la experiencia laboral de un (01) un año en el ejercicio profesional. Por ende deberá anexar la (s) hoja (s) de vida de los profesionales junto con el respectivo listado de relación de talento humano del personal que prestaran los servicios, especificando nombres completos, documento de identidad, profesión y rol para el que está propuesto, así mismo deberán certificar el personal se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS). NOTA 1: A través del supervisor del contrato la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, se reserva el derecho de solicitar el cambio de personal asignado para la ejecución del contrato, si no existe entera satisfacción acerca de la idoneidad y experiencia del mismo, previa notificación por escrito al contratista, debiendo éste asignar uno nuevo de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia, en un término máximo de cinco (5) días calendario contados a partir de la notificación de la solicitud, en caso que el cambio sea solicitado por el contratista, este contará con máximo cinco (5) días calendario para proveer el personal de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia. Cada uno de los perfiles corresponde a una determinada persona, esto es, no se podrá acreditar que una misma persona cumple con varios de los perfiles. **PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL** **CARGO** / **CANTIDAD** / **REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO** **BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO** — **2** — **Requisito:** Profesional en BACTERIOLOGIA y LABORATORISTA CLINICO, 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. **Experiencia Requerida:** Certificar **mínimo un (1) año de experiencia profesional** o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 2043 de 2020). **AUXILIAR DE ENFERMERIA** — **2** — **Requisito:** Técnico en AUXILIAR DE ENFERMERIA, diplomado en auxiliar de laboratorio clínico expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. **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). **DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO N°7 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ANEXO N°8 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO, DEL PRESENTE ESTUDIO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO, ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTAR CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDAS DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.**		
3	**CAPACIDAD OPERATIVA:** Los oferentes, IPS y/o especialistas deberán contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente acreditado y habilitado por el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL O EN SU DEFECTO SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD O ENTE TERRITORIAL (Resolución 1043 de 2006 "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones", Resolución 2680 del 2007, resolución 2003 de 2014 del ministerio de la protección social 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 y Decreto 1011 del 03 de abril de 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". Para la prestación de los servicios debe contar con: •Un área exclusiva y determinada por espacios con una sala de espera y recepción •Sistema donde se puedan visualizar y descargar los resultados de laboratorio clínico •Contar con los equipos óptimos y áreas asi:. 1.Sala de espera y recepción. 2.Área de procesamiento 3.Equipos automatizados o semiautomatizados para el procesamiento de muestras 4.Área de montaje de muestras. 5.Área de esterilización, lavado de material 6.Área donde reposan los residuos biológicos (independiente del área de procesamiento) 7.Baños 8.Área administrativa Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar ANEXO **N°9** certificaciones de capacidad administrativa y operacional firmada por el representante legal de la entidad oferente.		
4	**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 "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones". 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 N°10 DENOMINADO CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA"** de la presente invitación. Así mismo, deberán presentar los siguientes documentos: • Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la secretaria de Salud Departamental designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los **servicios en la ciudad de San José de Cúcuta o área metropolitana.** • 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.		
5	**MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. a. El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO N°11 FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** de la presente invitación firmado por el representante legal de la entidad oferente.		
6	**HOJA DE VIDA DE EQUIPOS:** El oferente deberá diligenciar y presentar el		

	ANEXO N°12 "HOJA DE VIDA DE EQUIPOS" de la presente invitación, el cual corresponde a la certificación firmada por el representante legal, por medio de la cual relaciona la hoja de vida de los equipos utilizados para la prestación de los servicios de salud de mediana complejidad en **PROCESAMIENTO DE EXAMENES DE III Y IV nivel** a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		
7	**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO N°13 "OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN"**.		
8	**BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES:** El oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO N°14 DE COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES.**		

El oferente deberá contar con las siguientes instalaciones y equipos para la prestación del servicio:

ÁREA EXIGIDA	CANT.	CONDICIONES EXIGIDAS	CUMPLE	NO CUMPLE
Área de procesamiento	1	Área para el procesamiento de toma de muestras.		
Área de esterilización, lavado de material	1	Área para esterilización		
Área donde reposan los residuos biológicos (independiente del área de procesamiento)	1	Área para residuos biológicos		
Baños	1	Para usuarios de género masculino y femenino		

NOTA: Espacios físicos o las sedes deben estar habilitados por el SSD, de no contar con la habilitación respectiva se considera que el Proponente no está habilitado para participar en el proceso.

CONDICIONES CAPACIDAD INSTALADA

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			CUMPLE SI	CUMPLE NO
El oferente deberá contar como mínimo con capacidad instalada para la prestación del servicio a contratar, debidamente habilitada por el ministerio de protección social o en su defecto la secretaria departamental de salud (resolución 3001 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, y el decreto 1011 del 03 de abril de 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).				
Debe contar **con sede en el municipio de Cúcuta**, para la toma y procesamiento de los exámenes de III Y IV nivel de complejidad que se deriven de la prestación de servicios de consulta externa y prioritaria.				
ADMINISTRACIÓN	**CANTIDAD**	**PERSONAL MÍNIMO EXIGIDO**		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera mínimo para diez (10) personas.		
ESPACIO FÍSICO	01	Sala de espera personas exclusividad pacientes especiales (embarazadas, personas de la tercera edad, discapacitados de la Policía.		
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA MÍNIMA EXIGIDA			**CUMPLE SI**	**CUMPLE NO**
LUGAR DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	01	Recepcionista.		

Los servicios requeridos por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados 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 éstos servicios. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato y auditor de cuentas médicas, 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 a la oficina de Redes Integrales de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander a los siguientes correos: **denor.upres-rin@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.

Nota: para los cups opcionales no son de obligatorio cumplimiento.

Nombre de la Entidad_____
Nombre del Representante Legal _____
No. de Documento de Identidad. _____
Firma del Representante Legal _____

ANEXO No. 2

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

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

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	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS ADICIONALES, 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 CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA 50% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS. LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO LO QUE CUBRIRÁ EL PERJUICIO ADMINISTRATIVO POR LA POSIBLE PÉRDIDA DE LOS RECURSOS, LOS GASTOS OCASIONADOS POR EL PROCESO Y LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL	EL VALOR CORRESPONDIENTE A 200 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁ ASEGURADA Y BENEFICIARIA LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES,

En la PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO se debe señalar:

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

En la PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL se debe señalar:

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

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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

ANEXO No. 3
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. El contratista se obliga a cumplir con el objeto contractual

2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.

3. Responder en los plazos que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 / UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER**, establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.

4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social integral y parafiscales (cajas de compensación familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

5. Constituir en debida forma y aportar al grupo de contratos la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5** , o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la garantía única y responsabilidad civil.

6. 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.

7. 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 de Salud Norte De Santander, y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

8. 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.

9. El contratista 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.

10. Restituir a la Unidad Prestadora de Salud Norte De Santander, 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.

11. Sostener y mantener las tarifas ofertadas durante todo el plazo de ejecución del futuro contrato que se suscriba como resultado de la adjudicación.

12. Realizar puntualmente los pagos y aportes de seguridad social a las personas que realicen los servicios a contratar, según corresponda de acuerdo al decreto 1273 de 2018.

13. 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 Norte De Santander del Comando del Departamento de Policía Norte De Santander, 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 Norte De Santander, las razones por las cuales no se cumplió con mencionada obligación informando a su vez el servicio prestado en ese mes.

14. El CONTRATISTA está en la obligación de darle aplicabilidad a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo ACUERDO A LA LEY 594 DEL 2000, presentando las facturas de los servicios prestados ante la unidad prestadora de salud Norte De Santander, 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 Norte De Santander.

15. Informar por escrito al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en setenta (70%) por ciento y un cien (100%) por ciento 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.

16. 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, y que sea autorizado por escrito por el supervisor del contrato con el apoyado del jefe de la Unidad Prestadora de Salud Norte De Santander de acuerdo con la normatividad vigente. 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.

17. 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.

18. El contratista se obliga a prestar con oportunidad los servicios de procesamiento de exámenes de III y IV nivel contando con un profesional que labore de lunes a sábado teniendo un horario de atención a los usuarios y beneficiarios de 06:00 am a 12:00 pm y de 02:00 pm a 06:00 pm.

19. 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.

20. 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.

21. Estar dispuestos a suministrar información para dar cumplimiento a los diferentes entes de control y nivel central.

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 NORTE DE SANTANDER 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 NORTE DE SANTANDER. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Etc.

27. El oferente prestará los servicios de procesamiento de exámenes de III Y IV nivel contenidas en el presente objeto a todos los usuarios adscritos al Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos al Departamento de Policía Norte De Santander, bajo los principios de la eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite.

28. El oferente prestará el servicio en procesamiento de exámenes de III Y IV nivel 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 Norte De Santander; firma del paciente y anexar fotocopia del carné Policial (vigente) o constancia expedida por la oficina de recursos humanos del Departamento de Policía Norte De Santander 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 Norte De Santander 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. 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 Norte de Santander cuando se requiera.

33. Prestar con oportunidad los servicios en procesamiento de exámenes de III Y IV nivel 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.

34. El contratista debe contar con un sistema donde se puede visualizar y descargar los resultados de los laboratorio, donde sea asignara un usuario y contraseña a la unidad prestadora de salud norte de Santander.

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD INFORMÁTICA

1. Confidencialidad e integridad de la información institucional: 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.

2. Cumplimiento de normatividad: 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.

3. Presentar la matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación 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.

4. Presentar declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Ocupacional.

5. Certificación donde se reporte que el personal vinculado para la ejecución del Contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.

6. Constancia que el personal vinculado para la ejecución de las actividades contractuales cuenta con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

7. Informe de capacitación realizada al trabajador, donde se evidencie la realización de inducción reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma del /los Trabajador/es.

OBLIGACIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. DISPOSICIONES SOBRE EL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 1) presentar certificación de la ARL donde se reporte que cuanta con los sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SST) de acuerdo a lo establecido en la resolución 1111 de 2017; 2) presentara certificación de la ARL donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el período anterior a la contratación; 3) certificación de la ARL o Sena; que el gerente curso y aprobó el curso de las 50 horas de las sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST); 4) certificación de conocimiento y especificación de los peligros/ riesgos de la empresa, con la forma de controlarlos al momento de ejecutar el servicio.5) tener matriz de los peligros y riesgos; 6) tener plan de emergencia actualizado.

2. 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".

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5.

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.
2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un coordinador-Supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.
3. 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.
4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.
5. 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 **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER** sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento**.**
6. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.
7. 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.
8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien ó servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.
9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 del 2022 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN **Acuerdo Número 070 de 2019** "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" el cual se encuentra como anexo en la presente invitación y el Instructivo 016 de 2020 Adopción de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal humanizada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
11. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.
12. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.
13. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO Nº 5
OFERTA ECONOMICA

Floridablanca, Día 1 Mes_____ Año_____

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

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es la PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A CADA ITEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO IVA INCLUIDO
1	**PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR**	____ %

NOTA : El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía y el valor del precio techo establecido, la entidad oferente deberá diligenciar solo la casilla de PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ITEM .

- EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
- SE DEBERÁN OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS CUPS OBLIGATORIOS
- PARA EL CONTRATO LOS VALORES QUE TENGAN CENTAVOS, ESTOS SE APROXIMARAN AL VALOR MÁS CERCANO AL PESO.

EI PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO SE APLICARA A LOS PRECIOS TECHOS ESTABLECIDOD

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

LISTADO DE PRECIOS TECHO

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

No.	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	PRECIO TECHO
1	906401B	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	78.901
2	906468B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	260.904
3	906468B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	260.057
4	906483B	**ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	94.002
5	903111B	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	22.230
6	903112B	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	48.790
7	903113B	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	24.695
8	903114B	**ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	426.656
9	903101B	**ACIDOS BILIARES TOTALES	32.667
10	908329B	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	262.209
11	908343B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	225.628
12	902072B	**ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBRAND	122.581
13	903401B	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	9.521
14	906301B	**Adenovirus ANTIGENO	40.078
15	902001B	**ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	132.047
16	906405B	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	60.755
17	906902B	**AGLUTININAS AL CALOR	16.803
18	906901B	**AGLUTININAS AL FRIO	5.138
19	902002B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	14.567
20	902053B	**AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	142.538
21	902003B	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	104.694
22	903402B	**ALDOLASA	12.842
23	904801B	**ALDOSTERONA	39.172
24	904802B	**ALDOSTERONA EN ORINA	47.042
25	908309B	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS Incluye: ASPARRAGINA. LISINA. GLISINA. CISTINA. FENILALANINA. TIROSINA. TRIPTOFANO	76.292
26	908338B	**AMINOACIDOS CUANTITATIVOS	118.265
27	908310B	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	58.193
28	908311B	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	95.457
29	908312B	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	95.457
30	908313B	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	103.723
31	903602B	**AMONIO	9.532
32	904501B	**ANDROSTENEDIONA	31.585
33	906525B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	671.746
34	906526B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II	671.746
35	906521B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (PRA) CUALITATIVO	223.853
36	906523B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (PRA) CUANTITATIVO	438.038
37	906522B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (PRA) CUALITATIVO	223.853
38	906524B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (PRA) CUANTITATIVO	438.038
39	906497B	**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	350.808
40	906509B	**ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA Incluye: ANALISIS DE INCOMPATIBILIDADES ACEPTABLES	325.254
41	906444B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	60.979
42	902019B	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	67.871
43	906611B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	35.692
44	906302B	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	131.086
45	906613B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	102.923
46	906614B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	110.801
47	906490B	**ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	86.622
48	906618B	**ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	540.840
49	906303B	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	83.088
50	906304B	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Incluye: Brucella abortus. Salmonella	16.629

		paratyphi A y B. tiphy H y O. Proteus OX19	
51	903060B	**ANTIOXIDANTES TOTALES	248.496
52	905709B	**ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	20.068
53	906333B	**Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	147.036
54	906102B	**Aspergillus. ANTICUERPOS POR LATEX	85.018
55	908402B	**BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)	988.694
56	908403B	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO	552.840
57	908417B	**BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO	754.204
58	906480B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	56.807
59	906481B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	49.286
60	906482B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54.873
61	906801B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	86.629
62	906103B	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	85.018
63	906003B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	81.413
64	906005B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	70.347
65	906007B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	69.800
66	906306B	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
67	901202B	**Bordetella pertussis CULTIVO	57.295
68	906010B	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	13.754
69	906011B	**Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	54.913
70	901203B	**Brucella CULTIVO	57.295
71	906012B	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	28.290
72	906621B	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	53.618
73	906851B	**CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	98.109
74	906334B	**Cándida spp ANTÍGENO	286.005
75	903812B	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	13.724
76	908318B	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	292.630
77	908340B	**CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS	407.654
78	908404B	**CARIOTIPO CON BANDEO G	296.699
79	908439B	**CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA	402.092
80	908410B	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	392.958
81	908409B	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	389.614
82	908411B	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	398.099
83	903006B	**CAROTENOS	15.461
84	903007B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	78.120
85	903008B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	78.120
86	903007B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	78.287
87	903010B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	182.607
88	903417B	**CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	32.771
89	906016B	**Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	72.250
90	906017B	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	58.927
91	906018B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	46.119
92	906019B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	29.582
93	906020B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	30.776
94	906021B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	57.389
95	906308B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	29.812
96	906307B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	30.368
97	908314B	**CISTINA CUANTITATIVA	102.261
98	908805B	**Citomegalovirus CARGA VIRAL	248.438
99	903052B	**CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	49.957
100	903053B	**CITRATOS EN ORINA PARCIAL	50.132
101	906339B	**Clostridium difficile ANTÍGENO A Y B	144.284
102	901502B	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile. Clostridium botulinum	148.010
103	903419B	**COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	22.279
104	903420B	**COLINESTERASA SERICA	13.567
105	906904B	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	39.727
106	903421B	**COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	17.261
107	901207B	**Corynebacterium difteriae CULTIVO	52.237
108	906314B	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO	47.918
109	906335B	**Cryptosporidium spp ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	14.327
110	903826B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO	5.196

		(ACETALDEHIDO. ACETOACETATO. BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	
111	903827B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE Excluye: CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHIDO. ACETOACETATO. BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CODIGO)	5.196
112	901218B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	47.877
113	903423B	**D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	45.967
114	906208B	**Dengue ANTICUERPOS Ig M	29.730
115	907109B	**DENSIDAD URINARIA	5.770
116	903424B	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	39.773
117	908890B	DETECCION Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	71.287
118	904605B	**DIHIDROTESTOSTERONA	86.565
119	906809B	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	44.226
120	906808B	**ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	44.226
121	906810B	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	19.873
122	906811B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	36.023
123	906812B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	28.878
124	906622B	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	79.465
125	906113B	**Entamoeba histolltica ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	10.305
126	908870B	Epstein Barr IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	318.931
127	906211B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	48.837
128	906217B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	66.468
129	906212B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	28.621
130	906213B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	64.968
131	906214B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	65.984
132	906215B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	28.586
133	906216B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	64.968
134	908811B	**Epstein-Barr CARGA VIRAL	352.716
135	908413B	**ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	698.780
136	902106B	**ERITROPOYETINA	50.446
137	903013B	**ESPERMOGRAMA COMPLETO Incluye: ACIDO CITRICO. ACIDO ASCORBICO. FRUCTOSA. GLICEROL FOSFORIL COLINA	45.967
138	908412B	**ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	4.476.093
139	906623B	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	198.770
140	908441B	**FACTOR DE LEIDEN MUTACION	189.450
141	902012B	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	4.076
142	906813B	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	52.532
143	902014B	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	25.944
144	902016B	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	25.944
145	902017B	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	25.944
146	902018B	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	25.944
147	902020B	**FACTOR X [STUART PROWER]	25.944
148	902021B	**FACTOR XI [PTA]	25.944
149	902022B	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	25.944
150	902023B	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	25.944
151	903202B	**FENILALANINA CUALITATIVA	127.236
152	908315B	**FENILALANINA CUANTITATIVA	84.244
153	905210B	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN. CUMATIL. HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	60.952
154	905213B	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN. CUMATIL. HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	23.247
155	905214B	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	32.305
156	902024B	**FIBRINOGENO	10.400
157	903830B	**FOSFATASA ACIDA	7.332
158	903834B	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	66.409
159	903837B	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO	35.785
160	902107B	**FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	6.828
161	903301B	**GALACTOSA	14.773
162	908303B	**GANGLIOSIDOS CUALITATIVOS	448.038
163	903839B	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	23.668
164	906624B	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	40.907
165	906336B	**Giardia lamblia ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	48.004
166	906316B	**Giardia lamblia MANUAL	47.794

167	908328B	**GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	308.654
168	904701B	**GLUCAGON	79.308
169	902109B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	44.327
170	906625B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	17.788
171	903021B	**HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	29.686
172	906022B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	50.759
173	906023B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	28.230
174	906024B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	37.813
175	906025B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	41.929
176	901220B	**Helicobacter pylori CULTIVO	57.295
177	901221B	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	43.201
178	901223B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	76.928
179	901225B	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	46.333
180	903428B	**HEMOSIDERINA EN ORINA	26.129
181	902050B	**HEPARINA COFACTOR II	164.413
182	906332B	**Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	34.175
183	906317B	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	18.960
184	906318B	**Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	26.783
185	908805B	**Hepatitis B CARGA VIRAL	243.036
186	908806B	**Hepatitis C CARGA VIRAL	240.268
187	908871B	Hepatitis C IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	248.627
188	906818B	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	285.880
189	906318B	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	32.922
190	906266B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	69.956
191	906267B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	70.819
192	906320B	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	37.935
193	908808B	**Herpes simplex CARGA VIRAL	338.993
194	904811B	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	17.624
195	904509B	**HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	27.823
196	906822B	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	125.395
197	906337B	**Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	194.461
198	903022B	**HOMOCISTEINA	78.739
199	904103B	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	30.862
200	904111B	**HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	37.441
201	904102B	**HORMONA ANTIDIURETICA	97.700
202	904511B	**HORMONA ANTIMULLERIANA	119.338
203	904201B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	25.878
204	904202B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	34.715
205	904205B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	34.715
206	906233B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	72.039
207	906232B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	39.898
208	906321B	**Influenza ANTIGENO	52.354
209	906825B	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	117.630
210	906824B	**INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO	22.866
211	906834B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	39.840
212	906837B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	62.358
213	906842B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	79.808
214	906843B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	67.306
215	906426B	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	43.514
216	906425B	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	33.590
217	906848B	**INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	328.426
218	906028B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	54.414
219	906027B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	68.722
220	906322B	**Legionella spp ANTIGENO	75.892
221	901309B	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	49.009
222	906121B	**Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	47.879
223	904006B	**LEPTINA	63.958
224	906029B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	47.705
225	906030B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	46.556

226	903430B	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA	39.363
227	906709B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	60.979
228	906711B	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
229	906730B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
230	906732B	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	202.389
231	906738B	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
232	906718B	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
233	906762B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	113.984
234	906763B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	251.990
235	906712B	**LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	79.113
236	906714B	**LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	59.598
237	906720B	**LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	79.113
238	906744B	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	81.331
239	906764B	**LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	83.563
240	903847B	**LIPASA	7.155
241	905312B	**LITIO AUTOMATIZADO	8.401
242	903062B	**MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	48.494
243	902118B	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	42.542
244	905736B	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO. CADMIO. COBRE. NIQUEL. PLOMO U OTROS	41.666
245	903058B	**METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	122.258
246	903059B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	127.708
247	903068B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	137.695
248	903067B	**METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	214.267
249	903025B	**METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	22.279
250	908426B	**METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACION	221.441
251	901229B	**MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	57.295
252	906484B	**MICROSOMALES HIGADO Y RINON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	52.994
253	903030B	**MIOGLOBINA CARDIACA	44.734
254	903031B	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	10.230
255	906746B	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	174.122
256	906435B	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	91.009
257	908827B	**Mycobacterium leprae IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	292.662
258	908826B	**Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	421.455
259	901007B	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	85.018
260	906032B	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
261	908825B	**Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	213.813
262	908846B	**Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	311.259
263	906033B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.187
264	906034B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	36.178
265	906036B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	37.930
266	906035B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	38.199
267	906051B	**Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS	233.113
268	906323B	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO	32.667
269	901232B	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	27.284
270	901233B	**Neisseria meningitidis CULTIVO	51.066
271	906487B	**NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	271.135
272	903069B	**NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	159.615
273	903036B	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	32.201
274	906324B	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	80.616
275	903065B	**PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO]	76.810
276	904706B	**PEPTIDO C	51.012
277	903037B	**PIRIDINOLINA EN ORINA	65.478
278	908305B	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	135.013
279	906445B	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	521.076
280	902120B	**PLASMINOGENO ACTIVADOR TISULAR	113.222
281	906447B	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	73.866
282	906448B	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	73.866
283	906325B	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979

284	903038B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	14.287
285	903056B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	132.522
286	903057B	**PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	523.198
287	903039B	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	431.564
288	906912B	**PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	33.292
289	903065B	**PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	76.422
290	904112B	**PROCALCITONINA	95.837
291	906847B	**PROCALCITONINA MANUAL	95.837
292	906841B	**PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	95.837
293	904510B	**PROGESTERONA	21.306
294	903042B	**PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	58.025
295	907103B	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	4.934
296	902005B	**PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	66.207
297	902121B	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	3.549
298	908414B	**PRUEBA DE CROMATINA	87.883
299	907104B	**RECUENTO DE ADDIS	8.255
300	908337B	**RELACION LACTATO/PIRUVATO	229.720
301	904005B	**RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	78.056
302	904004B	**RENINA TOTAL	59.994
303	906327B	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	24.182
304	906326B	**Rotavirus ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	34.840
305	906245B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	41.266
306	906246B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	42.412
307	904708B	**SOMATOSTATINA	139.796
308	906052B	**Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	579.065
309	906331B	**Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	166.585
310	906269B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	104.466
311	906268B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	54.322
312	906134B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	69.278
313	904601B	**TESTOSTERONA LIBRE	26.283
314	906501B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	300.850
315	906502B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	573.930
316	906506B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	286.239
317	906503B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	271.728
318	906517B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	98.872
319	906504B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	60.979
320	906512B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	281.463
321	906518B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	281.352
322	906514B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	281.352
323	906513B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION	537.300
324	906457B	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	27.295
325	906491B	**TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	471.424
326	903047B	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	40.856
327	906247B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	24.626
328	906248B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	27.156
329	908821B	**Varicela zoster IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	340.990
330	908817B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	364.740
331	908832B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	143.569
332	906250B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	182.797
333	906329B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO	31.684
334	903701B	**VITAMINA A [RETINOL]	62.170
335	903702B	**VITAMINA B1 [TIAMINA]	70.779
336	903704B	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	85.018
337	903705B	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	74.969
338	903709B	**VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	74.755
339	903708B	**VITAMINA E [TOCOFEROL]	61.076
340	903711B	**VITAMINA K	177.657
341	906050B	**Actynomices ANTICUERPOS	307.733
342	904502B	**ANDROSTERONA EN ORINA	345.033
343	906305B	**Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.111

344	908301B	**ASPARTILCILASA. EN LEUCOCITOS	2.325.071
345	901242B	**Corynebacterium difteriae PRUEBA DE TOXIGENICIDAD	121.230
346	906310B	**Coxsackie A ANTIGENO POR NEUTRALIZACION SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	335.706
347	906312B	**Coxsackie B ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	335.706
348	902052B	**CRIOFIBRINÓGENO	63.456
349	906807B	**ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	80.971
350	902015B	**FACTOR III PLAQUETARIO	28.687
351	908315B	**FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA	1.153.341
352	908304B	**FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	433.425
353	908319B	**FOSFORILASA ACTIVIDAD	494.236
354	907205B	**FRAGILIDAD OSMOTICA ESPERMATICA	5.222.110
355	908327B	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	426.098
356	908302B	**GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	23.726
357	902108B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	28.910
358	901222B	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	42.147
359	901224B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	60.317
360	904814B	**HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL	97.140
361	906427B	**ISOAGLUTININAS	73.712
362	906026B	**Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	307.733
363	860207B	**Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	83.916
364	906708B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	73.915
365	906710B	**LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	839.269
366	906754B	**LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	916.692
367	906722B	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
368	906724B	**LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3.357.070
369	906726B	**LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	307.733
370	906728B	**LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	307.733
371	906734B	**LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	307.733
372	906736B	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
373	906717B	**LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA	154.861
374	906716B	**LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	158.530
375	906740B	**LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	307.733
376	906742B	**LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	307.733
377	906713B	**LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	50.831
378	906715B	**LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	59.017
379	906721B	**LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	70.613
380	906748B	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.979
381	906031B	**Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1.212.275
382	901231B	**Mycoplasma CULTIVO	17.420
383	901234B	**Nocardia spp CULTIVO HONGOS	44.747
384	908306B	**PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	25.720
385	906750B	**PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1.178.962
386	906752B	**PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1.178.962
387	906338B	**Plasmodium spp ANTÍGENO MAUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	31.464
388	906449B	**PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	149.205
389	906850B	**PRESEPSINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	522.212
390	903882B	**PRUEBA DE RIFAMPICINA (4 MUESTRAS)	179.044
391	906264B	**Rubeola ANTICUERPOS MANUAL	25.446
392	906328B	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL	26.783
393	906265B	**Sarampión ANTICUERPOS MANUAL	42.400
394	908843B	**SarampiOn IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	1.060.841
395	906519B	**TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP	733.581
396	860209B	**Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	111.903
397	901240B	IDENTIFICACION DE BACTERIAS + A/B POR MIC	53.513
398	901236B	UROCULTIVO CON A/B POR MIC	42.150
399	901217B	CULTIVO DE GERMENES COMUNES Y A/B (MIC)	26.326
400	901217B	SECRECION URETRAL: Microscopico y cultivo	22.209
401	901206B	COPROCULTIVO	11.863
402	901218B	CULTIVO ANAEROBIOS	47.877
403	901217B	CULTIVO DE ESPUTO Y A/B	26.326

404	901217B	CULTIVO PARA BUSQUEDA Y AISLAMIENTO DE STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO - MUESTRA ANO - RECTAL	26.326
405	901217B	CULTIVO PARA BUSQUEDA Y AISLAMIENTO DE STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO - MUESTRA VAGINAL	26.326
406	901232B	CULTIVO PARA BUSQUEDA DE NEISSERIA GONORRHOEAE Y A/B (MIC)	27.284
407	860205B	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	101.122
408	903606B	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS]	199.825
409	903043B	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY	176.725
410	905727B	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS	69.225
411	902210b	CUADRO HEMATICO	9.515
412	903841b	GLUCOSA	4.005
413	903818b	COLESTEROL	4.930
414	903868b	TRIGLICERIDOS	6.121
415	902037B	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	87.570
416	902033B	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	73.616
417	905738B	MONOXIDO DE CARBNO(CARBOXIHEMOGLOBINA) AUTOMATIZADO	61.327
418	904303B	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	91.767
419	904809B	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (EPIANDROSTERONA -DHEA -SO4) CADA MUESTRA	26.252
420	903416B	CERULOPLAMINA SEMIAUTOMATIZAA	33.765
421	901210B	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICRORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	42.508
422	903431B	LIPOPROTEINA A	50.000
423	903410B	APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	41.000
424	903105B	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	27.000
425	903838B	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	9.000
426	906602B	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	30.000
427	906433B	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	36.000
428	906437B	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	38.000
429	906851B	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	115.000
430	903406B	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	40.000
431	906052B	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	693.000
432	908427B	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A	253.000
433	903439B	TROPONINA T CUANTITATIVA	70.000
434	906454B	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	32.000
435	906456B	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	31.000
436	906453B	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	31.000
437	906258B	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	60.000
438	907006B	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	7.000
439	903005B	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	67.000
440	903109B	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	84.000

ANEXO No. 6

COMPROMISO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.

FLORIDABLANCA, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del Juramento con ocasión de la contratación para la "PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR". certifico que mantendré los precios presentados en mi oferta, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones.

El proponente:

_____

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

ANEXO No. 7
NIVEL DE EDUCACIÓN Ó NIVEL ACADEMICO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señor(s).
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASAEGURAMIETNO EN SALUD No. 5
Ciudad.

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 donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contando como mínimo en su oferta de personal con un:

PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL PROPUESTO		
ROL Y/O CARGO A DESEMPEÑAR	**CANTIDAD**	**REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO**
BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO	**2**	**Requisito:** Profesional en BACTERIOLOGIA y LABORATORISTA CLINICO, 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. **Experiencia Requerida:** Certificar mínimo **un (1) año de experiencia profesional** o experiencia relacionada (la práctica laboral se reconoce como experiencia profesional teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 2043 de 2020).
AUXILIAR DE ENFERMERIA	**2**	**Requisito:** Técnico en AUXILIAR DE ENFERMERIA, diplomado en auxiliar de laboratorio clínico expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación y encontrarse registrado en el RETHUS. **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).

El proponente:

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

ANEXO N° 8

RELACIÓN DE TALENTO HUMANO.

CIUDAD Y FECHA
Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

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 de (01) año, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

RELACIÓN TALENTO HUMANO				
NOMBRE DEL PROFESIONAL	TITULO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA	UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÌTULO	TITULO DE POST GRADOS	UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÌTULO DE POSTGRADO
	BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO			
	BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO			
	AUXILIAR DE ENFERMERIA			
	AUXILIAR DE ENFERMERIA			

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

ANEXO N° 9

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Floridablanca, Dia___ Mes_____ Año_____

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

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

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que la "PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR.". **cuenta con lo descrito en el anexo N°1** en las condiciones de capacidad instalada, señaladas en la presente invitación.

El proponente:

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

ANEXO No. 10

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

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

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Decreto 1011 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
3. 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 Norte de Santander designada para prestar los **servicios en la ciudad de San José de Cúcuta o área metropolitana.**
- 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.

El proponente:

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

ANEXO N° 11
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 No 24-147 el Bosque
Floridablanca.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de mínima cuantía. Número **PN RASES No. 5 MIC 017 2026** cuyo objeto es la: **"**PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N° 5. UPRES DENOR**"**, El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal, domiciliado en Domicilio 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 2°, 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

ANEXO No. 12

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS

Ciudad: fecha:

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

El suscrito _____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento para la correcta prestación del servicio, que los mismo tiene la calibración requerida de acuerdo a su ficha técnica y que se encuentran incluidos en un cronograma de mantenimiento los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS					
NOMBRE DEL EQUIPO	REFERENCIA	MARCA	AÑO DE FABRICACIÓN	FECHA MANTENIMIENTO PREVENTIVO	FECHA DE CALIBRACIÓN

El proponente:

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

ANEXO No. 13

OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

Floridablanca, Dia___ Mes_____ Año_____

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

Referencia: Oportunidad de la atención del proceso de Mínima Cuantía, Número _____ cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR

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

OPORTUNIDAD ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SERVICIOS	MARCAR CON UNA (X)
De 1 a 2 DÍAS	
De 3 a 5 DÍAS	
De 5 a 10 DÍAS	

El proponente:

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

ANEXO No. 14

COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

Floridablanca,

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Transversal 154 No 24-147 el Bosque
Floridablanca

Ref.: Proceso de Mínima Cuantía **No.** _____, que tiene por objeto, la "PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR

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:

- ✓ La aplicación 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 el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
- ✓ Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- ✓ El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales 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 de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.
- ✓ 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
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ANEXO Nº 15
PROCEDIMIENTOS NO POS

CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. _____ DEL _____ HOJA No. 1 *"POR LA CUAL SE CREA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL"*

ANEXO No. 6

Página: 1 de 2	PROCESO: ADMINISTRACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD	POLICIA NACIONAL
Código:	FORMATO DE SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN ANTE EL COMITÉ CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD QUE NO HACEN PARTE DEL PLAN DE SERVICIOS DEL SSMP	
Fecha:		
Versión: 6		

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA CORRECTA Y COMPLETA, POR PARTE DEL PROFESIONAL TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS DOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE CIENTÍFICO.

Fecha:	Año:	Mes:	Día:	Hora:	Unidad (Rases/Upres/Hocen):

I. DATOS INICIALES

Nombre Completo del Usuario:				Edad:
Tipo de Identificación	C.C.___ T.I.___ R.C.___ NUIP. _____		Número de Identificación:	Teléfono:
Ciudad y Dirección de Residencia:				

II. AMBITO DE ATENCIÓN

Ambulatorio: _____	Hospitalario: _____	Urgencias: _____		
Paciente con enfermedad huerfana:		SI: ___	NO: ___	¿Cual?: _____

III. DIAGNÓSTICO (S):

	CIE 10
1.	
2.	
3.	

IV. AL DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO CERTIFICO QUE:

1. El uso del servicio o tecnología no es cosmético ni suntuario.
2. El servicio o tecnología se encuentra disponible en Colombia.
3. El servicio está registrado por la autoridad competente.
4. El servicio o tecnología no se encuentra en fase experimental.
5. Existe evidencia disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad.

V. PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO O SERVICIO EN SALUD

Tipo de Prestación	Única: _____	Sucesiva: _____			
CUPS	Descripción del procedimiento o Servicio en Salud		Cantidad	Frecuencia de uso	Duración de Tratamiento

Justificación del Requerimiento

VI. PRESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO O TECNOLOGÍA EN SALUD

Tipo de Suministro:	Único: ___	Sucesivo: ___			
Descripción del Dispositivo Medico o Tecnología en Salud			Cantidad	Frecuencia de uso	Duración de Tratamiento

CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. _____ DEL _____ HOJA No. 2 *POR LA CUAL SE CREA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL"*

Justificación del Requerimiento

VII. JUNTA MEDICA O QUIRÚRGICA (si se le realizó Junta Médica describa los resultados)

VIII. ALTERNATIVAS DEL PLAN DE SERVICIOS EMPLEADAS ANTES DE REALIZAR EL REQUERIMIENTO (Si existe algún equivalente, justifique su NO utilización)

Servicio o tecnología en salud afiemo contenido en el plan de servicios	Fue suministrado (s/no)	Tiempo de uso	Resultados obtenidos (No mejoría/Reacción adversa/intolerancia) o justificación de su no uso.

IX. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN POR URGENCIA VITAL	
Solicitud autorizada al usuario por urgencia el día: _____ y se diligencia solo para conocimiento y control estadístico del Comité Científico	
RASES, UPRES o ESP que autorizo:	
Nombre del ESP, IPS o proveedor que suministro:	
Ciudad del ESP, IPS o proveedor que suministro:	Valor:

X. DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A LA SOLICITUD
1. Resumen de historia clínica y/o epicrisis con la correspondiente justificación de lo solicitado.
2. Prescripción u orden actualizada y suscrita por el profesional tratante.
3. Resultados de laboratorio clínico, imagenología y ayudas diagnósticas pertinentes a lo solicitado.
4. Anexo No. 7 certificación de disponibilidad de recursos.
5. Fotocopia del carné de servicios médicos del usuario.

XI. DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE
"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Plan de Beneficios del SSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente. Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo o dispositivo médico requerido, ni soy representante legal, miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el Artículo 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas".

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL TRATANTE:		
No. Cedula:	Registro medico:	Especialidad:
Nombre del ESP o de la IPS en la que labora:		

XII. ESPACIO A SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL DE SALUD CON ROL TRANSCRIPTOR DE LA RASES/UPRES (Solo para solicitudes red externa):				
Nombres y Apellidos Transcriptor:				
Fecha de transcripción	Año:	Mes:	Día:	Hora:

MEDICAMENTOS NO POS
ANEXO 1
ACUERDO CSSMP 080/202
FORMATO DE JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP, SUPLEMENTOS NUTRICIONALES AMBULATORIOS Y MEDICAMENTOS UNIRS

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL PROFESIONAL TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Fecha de solicitud: _____ Departamento: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: F: _____ M: _____

Tipo de identificación: C.C ___ T.I. ___ R.C. ____ NUIP____ No. _____

Fuerza: EJC: _____ FAC: _____ ARC: _____ PONAL: _____ HOMIC: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

II. MEDICAMENTO O SOPORTE NUTRICIONAL SOLICITADO:

Ámbito de Atención: Ambulatorio: _____ Hospitalario: _____ Urgencia (vital): _____ Mixto: _____
Tipo de Medicamento: Medicamento: _____ Preparación Magistral: _____
Medicamento de Control Especial: _____ Vital no Disponible: _____
Tipo de Prescripción: Única: _____ Sucesiva: _____
Principio Activo en Denominación Común Internacional: _____
_____
Concentración: _____ Forma Farmacéutica: _____ Vía Administración: _____
Dosis: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad/Mes: _____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de Aplicación_____
Programa especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____
_____
Paciente con Enfermedad Huérfana: SI_____ NO_____
¿Cual? _____

III. DIAGNOSTICO:

Diagnostico Principal: _____ Código CIE 10_____
Diagnostico Relacionado 1: _____ Código CIE 10_____

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

V. ALTERNATIVAS UTILIZADAS DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

1. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
2. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
3. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
La respuesta clínica negativa ha sido reportada al Comité de Farmacovigilancia: SI ____ NO ____
_____ No existe alternativa en el Manual Único de Medicamentos del SSMP.

VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

1. Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI: _____ NO: _____
Si existe riesgo por favor justifiquelo: _____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Está autorizada por el INVIMA la comercialización y expendido en Colombia del medicamento para este diagnóstico: SI: _____ NO: _____ No sabe: _____
3. El medicamento a prescribir se encuentra en fase experimental: SI: _____ NO: _____
4. Existe evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica: _____
Descripción de la evidencia: _____
5. Guía de Práctica Clínica actualizada de soporte: _____
_____
_____
_____
_____
_____
6. Análisis especializados, antibiogramas u otras pruebas que sirvan de soporte para el uso de esta medicación: _____
_____
_____
_____
_____
_____

VII. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN DE URGENCIA VITAL (Diligenciar en caso de que el medicamento haya sido autorizado por Urgencia Vital).

Se validó o aprobó por Urgencia Vital o prioridad clínica: SI: _____ NO: _____
Fecha en que se aprobó: _____
ESMP, Hospital, IPS en donde se validó o aprobó: _____ ESMP, Hospital, IPS o proveedor que suministró: _____ ESMP, Hospital o IPS donde se administró: _____

NO se validarán o aprobarán tratamientos experimentales, ni medicamentos expresamente excluidos en el Acuerdo CSSMP de Gestión Farmacéutica y MUMT vigente. Si se requiere información o documentación adicional se solicitará al profesional tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos días siguientes.
"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente. Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo, dispositivo médico u otro servicio requerido, ni soy representante legal, miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el ARTÍCULO 35 numerales 1°. y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas."

Nombres y Apellidos del profesional Solicitante: _____
No. Cédula: _____ **Registro Médico:** _____ **Especialidad:** _____ **Nombre de la IPS ESMP u Hospital en la que labora:** _____

NOTA: Señor(a) usuario(a): Este formato tiene vigencia por el tiempo aprobado, Recuerde solicitar su cita por lo menos un mes antes del vencimiento del mismo, para ser evaluado oportunamente por el Especialista tratante,

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Floridablanca, de 2026

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

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES No. 5 MIC 017 2026,** cuyo objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR.".

Yo **(Nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma**), de conformidad con lo establecido en el **(En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás)**, me permito presentar, en nombre de **(Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa)**, propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía **PN RASES No. 5 MIC 017 2026**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, cuyo objeto es la PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR", en la Unidad Prestadora de Santander- Regional de Aseguramiento No. 5." conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechas al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
4. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, me obligo a **CONSTITUIR Y PRESENTAR** Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la comunicación de la aceptación de oferta la garantía única a favor de la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**, NIT 804012688-5, la cual cubrirá los riesgos de

   - ***CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO***
   - ***CALIDAD DEL SERVICIO O BIEN***
   - ***PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES***

- ***DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL*** (esta última en caso de que se requiera)

5. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

6. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

7. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

8. Que la presente propuesta consta de _____ ( ) folios.

9. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (**Dirección para notificaciones**): Teléfono(s): Fax Correo Electrónico:_____

10. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro de la aceptación de oferta respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (**Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario**).

11. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

12. El plazo de ejecución de la aceptación de oferta que se derive del presente proceso, se inicia a partir de la aprobación de la garantía única y hasta el vencimiento del plazo o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.

13. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.
14. Los valores de la oferta económica son presentados en la plataforma SECOP II.

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.

FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____
Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____ Ciudad _____

Dirección _____Teléfono _____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

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 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 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, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 adelanta un proceso de contratación de mínima cuantía.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación de mínima cuantía 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 las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. 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 de la aceptación de oferta que pueda celebrarse como resultado de su propuesta

1.2. 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

1.3. 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 contratación de mínima cuantía y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5, 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;
b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO. 5 durante el desarrollo de la aceptación de oferta que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de mínima cuantía.

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.

FORMULARIO No. 4
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Transversal 154 No 24-147 el Bosque
Floridablanca.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de MINIMA CUANTIA., Número **PN RASES No. 5 MIC 017 2026** cuyo objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO Nº 5. UPRES DENOR

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

ANEXO No. 15

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"

(VER ANEXO ARCHIVO)

ANEXO N° 16

(Plan de Servicios de Sanidad Policial - Acuerdo 002 CSSMP de 2001)

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

ANEXO N° 17

(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo 080 DEL 2022)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

ANEXO N°. 18

(Resolución No. 057del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 Por la cual de modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

Código: 1DE-FR-0033	**DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**	POLICIA NACIONAL
Fecha: 29/02/2024	**CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO**	
Versión: 4		

FECHA jueves, 12 de marzo de 2026

CERTIFICADO No. CPAA 0154-26

UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTAL	DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACIÓN R19		FONDOS ESPECIALES R16		OTRO RECURSO	
								CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL
RASES 5	UPRES DENOR	RASES 5	85121700	02-02-02-009-003		PROGRAMA O. SERVICIOS DE SALUD - APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO III Y IV NIVEL DENOR	41.000.000	1		1	41.000.000		41.000.000
Relación de Documentos que soportan ésta certificación y modificaciones							TOTAL				41.000.000		41.000.000
GS-2026-039040-DENOR GS-2026-053137-OPSON													

N° SINAR	PR-REGI5-0040-26

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN $ 41.000.000

PS-07 CLAUDIA JOHANNA CASTRO JAIMES - ADMINISTRADOR PLAN DE COMPRAS RASES 5

SI. ANDRES SEBASTIAN DUEÑAS BAUTISTA- RESPONSABLE GRUPO PLANEACION UPRES DESAN

RECIBE:

Grado, Nombres y Apellidos PT. YURANY OBREGON

Cargo ANALISTA DE CONTRATOS

Unidad RASES 5

S. cdp 35526

cdp 35026

143

INFORMACIÓN PÚBLICA

Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

Usuario Solicitante:	MHcacunar	CRISTIAN ACUNA RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-030	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Fecha y Hora Sistema:	2026-03-12-11:51 a. m.	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	35526	**Fecha Registro:**	2026-03-12	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5		
Estado.:	Certificada	**Valor Inicial:**	41.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00	**Valor Actual:**	41.000.000,00

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
O30 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES				
		Total:	41.000.000,00	0,00	41.000.000,00

Objeto:	PROCESO DE CONTRATACION PRESTACIN DE SERVICIOS DE LABORATORIO DE III Y IV NIVEL PARA LOS USUARIOS DE LA RASES5 - DENOR CPAA 0154-26

Firma Responsable

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHcacunar	CRISTIAN ACUNA RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-030	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5
Fecha y Hora Sistema:	2026-03-12-11:52 a. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	35026	**Fecha Registro:**	2026-03-12	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-030 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado	**Tipo:**	Gasto	**Uso Caja Menor**	Ninguno		
Valor Inicial:	41.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00	**Valor Actual.:**	41.000.000,00	**Saldo x Comprometer:**	41.000.000,00	**Vr. Bloqueado**	0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	35526	**Fecha Registro:**	2026-03-12	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
O30 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF						
					Total:	41.000.000,00	0,00	41.000.000,00	41.000.000,00	0,00

Objeto:	PROCESO DE CONTRATACION PRESTACIN DE SERVICIOS DE LABORATORIO DE III Y IV NIVEL PARA LOS USUARIOS DE LA RASES5 - DENOR CPAA 0154-26

Firma Responsable

PUN8-LILIANA MARIA MARTINEZ CARREÑO

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 143

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantia de CUARENTA Y UN MILLONES DE PESOS M/CTE *** $41,000,000.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: PROCESO CONTRATCION SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL ALOS USUARIOS DE LA RASES5- DENOR CPAA 0154-26

Estado: **AUTORIZADO**

Area Solicitante: ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER

Nombre Solicitante: TC ANDREA CAROLINA CONTRERAS

Fecha Solicitud: 12/03/2026 **Observaciones:**

REVISÓ:

Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL						DESCRIPCION	IGENCIA	VALOR
		Tpo	Cla	Cta	Scta	Obg	Ord SordAux Recu			
01522600	ATENCION INTEGRAL SECC SANTANDER	0	2	020	200	9	16	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES*	2026	$41,000,000.00
								TOTAL		$41,000,000.00

Expedido a los 12 dias del mes de Marzo de 2026 en la ciudad de BUCARAMANGA

CPS-4. MARTINEZ CARREÑO LILIANA MARIA
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO