INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD (IDCBIS)

Periodo de cotización: Desde (18/06/2026) hasta (25/06/2026)

Objeto de la cotización: "PRESTAR EL SERVICIO PARA LA DETECCIÓN SEROLÓGICA DE ANTICUERPOS EN SUERO DE DONANTES MATERNAS, PARA LA UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS DEL IDCBIS EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN NO. 932 DEL 2026"

Se solicitaron cotizaciones de acuerdo a la siguiente ficha técnica:

1. **FICHA TÉCNICA DE NECESIDADES**

FICHA TÉCNICA			
N°	**ÍTEM**	**CARACTERÍSTICAS**	**CANT**
1	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgM (Nucleares EBNA IgM)	**Descripción:** Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Epstein Barr virus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. **Marca y/o referencia:** No Aplica **Presentación**: Prueba	15
2	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgG (Nucleares EBNA IgG)	**Descripción:** Examen serológico para la evaluación de infección activa por Epstein Barr virus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. **Marca y/o referencia:** No Aplica **Presentación**: Prueba	15
3	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgM	**Descripción:** Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Toxoplasma gondii en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. **Marca y/o referencia:** No Aplica **Presentación**: Prueba	15
4	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgG	**Descripción:** Examen Serológico para la evaluación de infección activa por Toxoplasma gondii en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del	15

FICHA TÉCNICA			
N°	**ÍTEM**	**CARACTERÍSTICAS**	**CANT**
		material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. **Marca y/o referencia:** No Aplica **Presentación**: Prueba	
5	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM	**Descripción:** Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. **Marca y/o referencia:** No Aplica **Presentación**: Prueba	15
6	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG	**Descripción:** Examen serológico para la evaluación de infección activa por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. **Marca y/o referencia:** No Aplica **Presentación**: Prueba	15

NOTA 1: Por tratarse de un proceso cuyo consumo es variable y que debido a ello no se pueden establecer con certeza la cantidad exacta de servicios que se requieren de acuerdo con la dinámica institucional, las cantidades anteriormente relacionadas serán tomadas como un consumo básico para establecer el presupuesto oficial.
NOTA 2: Cantidades aproximadas para diez (10) meses.
NOTA 3: Presentar la cotización indicando los valores solicitados en la ficha técnica en valores entero, no colocar decimales.
NOTA 4: Se requiere cotización unitaria para la determinación de cantidades finales en cada ítem, de conformidad con el presupuesto estimado
NOTA 5: Allegar ficha técnica y/o inserto de la prueba solicitada, en los que se pueda evidenciar las características solicitadas.
NOTA 6: Allegar el informe técnico de validación de la prueba: Epstein Barr (Anticuerpos IgM- IgG)- Toxoplasma (Anticuerpos IgM- IgG) y Citomegalovirus (Anticuerpos IgM- IgG), en el que se evidencie: Nombre y código de referencia de la prueba, método, tipo de muestra, condiciones de la muestra, estabilidad de la muestra, días de procesamiento, tiempo para la entrega de resultados, valores de referencia o criterios de interpretación, entre otros aspectos básicos.
NOTA 7: Allegar certificación firmada por el Representante Legal en donde se compromete a cumplir con el total de las especificaciones indicadas en el numeral tres (3) de la necesidad técnica del usuario.
NOTA 8: Allegar certificación firmada por el Representante Legal en donde se compromete Garantizar la suficiencia y oportunidad en la entrega de los resultados durante la vigencia del contrato.
NOTA 9: Allegar certificado de servicio de salud habilitado de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o normas que sustituyan o la complementen.

NOTA 10: El cotizante deberá anexar a su cotización en formato pdf, el formato Excel (archivo adjunto a la presente solicitud) debidamente diligenciado. En caso de discrepancia entre la información reportada en la cotización y el archivo en formato Excel, el IDCBIS aclara que los valores que serán tenidos en cuenta son los que indiquen menor valor.
NOTA 11: El cotizante deberá anexar a su cotización el ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO diligenciado en membrete de la institución.

Con el fin de garantizar la transparencia y pluralidad de oferentes para el presente proceso de compra, el día 18 de junio de 2026 se publicaron los documentos precontractuales del proceso IDCBIS-CD-2026101012-2026, en el Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP II) con el número de constancia CO1.RECEIPT.403138738 y el código de identificación id.CO1.BDOS.10353435 cabe mencionar que la Carta de Invitación a Cotizar tuvo vigencia entre el día de publicación del proceso y el 25 de junio de 2026 y que en el tiempo establecido no se recibieron observaciones, de esta manera se realizó apertura según lo programado, recibiendo propuestas de tres (03) interesados así: **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A., LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S., y CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO., Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.** las cuales se envían al grupo encargado de realizar la verificación jurídica, técnica, comercial y económica del proceso para su correspondiente evaluación.

2. **EVALUACIÓN JURÍDICA:** Se adjunta resultado de la evaluación así:

EVALUACIÓN REQUISITOS JURÍDICOS		NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			NOMBRE PROPONENTE: LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.			NOMBRE PROPONENTE: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.		
		NIT 800.065.396-2			NIT 890.906.793-0			NIT 800.066.001-3		
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
1	Fotocopia cédula de ciudadanía ampliada al 150% y/o cédula de extranjería (si aplica) del representante legal	X			X			X		
2	Fotocopia RUT	X			X			X		
3	Fotocopia RIT de Bogotá	X			X			X		
4	Certificado de existencia y representación legal expedida por Cámara de Comercio menor a tres (3) meses	X			X			X		
5	Certificado expedido por Representante legal y/o Revisor Fiscal, en el que se evidencie el cumplimiento del pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones, ARL,	X		*Documento Subsanado*	X			X		

EVALUACIÓN REQUISITOS JURÍDICOS		NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			NOMBRE PROPONENTE: LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.			NOMBRE PROPONENTE: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.		
		NIT 800.065.396-2			NIT 890.906.793-0			NIT 800.066.001-3		
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
	cajas de compensación, ICBF y SENA (ley 789 de 2002, Art. 50) durante los últimos seis (6) meses y documentos actualizados del revisor fiscal (cedula, certificado de la Junta Central de Contadores y tarjeta profesional).									
6	Certificado de cuenta bancaria con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses.	X			X			X		
7	Certificado de antecedentes fiscales expedido por Contraloría General de la República del proponente y del representante legal, con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses	X			X			X		
8	Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación del proponente y del representante legal, con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses	X			X			X		
9	Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Personería del proponente y del representante legal, con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses.	X			X			X		
10	Certificado de Antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional del representante legal, con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses	X			X			X		
11	Anexo 2 "Carta de Compromiso" debidamente diligenciado y con membrete de la empresa	X			X			X		
12	Certificado de distribución autorizada o exclusividad en el caso de insumos, reactivos (si aplica).	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*	*No aplica ya que es un servicio*

EVALUACIÓN REQUISITOS JURÍDICOS		NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			NOMBRE PROPONENTE: LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.			NOMBRE PROPONENTE: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.		
		NIT 800.065.396-2			NIT 890.906.793-0			NIT 800.066.001-3		
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
13	Anexo 3 "Carta de presentación de la propuesta" debidamente diligenciado	X		*Documento Subsanado*	X			X		
14	Formato IDCBIS-GGCC-FT-029 "registro de actualización de datos del proveedor nacional" debidamente diligenciado y firmado.	X		*Documento Subsanado*	X			X		
15	Certificado REDAM- Registro de Deudores Alimentarios Morosos, expedido por Ministerio De Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MINTIC del representante legal, con fecha de expedición no mayor a tres (03) meses.	X			X			X		
RESULTADO		**CUMPLE PROPONENTE HABILITADO**			**CUMPLE PROPONENTE HABILITADO**			**CUMPLE PROPONENTE HABILITADO**		

NOTA: el proponente **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A., CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.** se encuentra habilitado jurídicamente, el proponente **LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.,** no cumple con las condiciones comerciales (criterio no subsanable), por ende, no procede la solicitud de subsanación jurídica **y** no se encuentran habilitados jurídicamente.

3. **EVALUACIÓN TÉCNICA-** Se adjunta resultado de la evaluación:

EVALUACIÓN REQUISITOS TÉCNICOS		NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			NOMBRE PROPONENTE: LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.			NOMBRE PROPONENTE: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.		
		NIT 800.065.396-2			NIT 890.906.793-0			NIT 800.066.001-3		
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
1	Allegar ficha técnica y/o inserto de la prueba solicitada, en los que se	x				x	Cumplimiento parcial, las fichas técnicas de	x		Documento Subsanado

EVALUACIÓN REQUISITOS TÉCNICOS		NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			NOMBRE PROPONENTE: LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.			NOMBRE PROPONENTE: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.		
		NIT 800.065.396-2			NIT 890.906.793-0			NIT 800.066.001-3		
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
	pueda evidenciar las características solicitadas.						las pruebas de EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgM e IgG enviadas no corresponden a las pruebas solicitadas (Nucleares EBNA)			
2	Allegar el informe técnico de validación de la prueba: Epstein Barr (Anticuerpos IgM- IgG)-Toxoplasma (Anticuerpos IgM- IgG) y Citomegalovirus (Anticuerpos IgM- IgG), en el que se evidencie: Nombre y código de referencia de la prueba, método, tipo de muestra, condiciones de la muestra, estabilidad de la muestra, días de procesamiento, tiempo para la entrega de resultados, valores de referencia o criterios de interpretación, entre otros aspectos básicos.	x		Documento Subsanado		x	No allegan documentos		x	allega un oficio en el que manifiesta que realiza las verificaciones correspondientes; sin embargo, no aporta los informes o resultados de dichas verificaciones, los cuales constituyen el soporte documental exigido para acreditar el cumplimiento del requisito.
3	Allegar certificación firmada por el Representante Legal en donde se compromete a cumplir con el total de las	x			x			x		

EVALUACIÓN REQUISITOS TÉCNICOS		NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			NOMBRE PROPONENTE: LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.			NOMBRE PROPONENTE: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.		
		NIT 800.065.396-2			NIT 890.906.793-0			NIT 800.066.001-3		
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
	especificaciones indicadas en el numeral tres (3) de la necesidad técnica del usuario.									
4	Allegar certificación firmada por el Representante Legal en donde se compromete Garantizar la suficiencia y oportunidad en la entrega de los resultados durante la vigencia del contrato.	x			x			x		
5	Allegar certificado de servicio de salud habilitado de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o normas que sustituyan o la complementen.	x			x			x		
CUMPLE / NO CUMPLE		CUMPLE			NO CUMPLE			NO CUMPLE		

NOTA 1: El proponente **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.,** cumple con las condiciones técnicas de los ítems solicitadas mientras que el proponente **CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA** no cumple con las condiciones técnicas solicitadas, adicionalmente el proponente **LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.,** no cumple con las condiciones comerciales (criterio no subsanable), por ende, no procede la solicitud de subsanación técnica **y** no se encuentran habilitados técnicamente.

4. **EVALUACIÓN COMERCIAL-** Se adjunta resultado de la evaluación:

EVALUACIÓN REQUISITOS COMERCIALES		NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			NOMBRE PROPONENTE: LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.			NOMBRE PROPONENTE: CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.		
		NIT 800.065.396-2			NIT 890.906.793-0			NIT 800.066.001-3		
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIÓN**
1	Forma de Pago	X		30 DÍAS		X	Indica que es a crédito, pero no especifica el tiempo por ende no cumple ya que solicitamos un mínimo de 30 días	X		30 DÍAS
2	Cotización en formato pdf con membrete del oferente que cumpla con lo establecido en el Numeral 3. "Presentación de cotización" de la presente Invitación	X		Validez: 45 días Tiempo de entrega: de 24 horas a 8 días	X		Validez: 45 días Tiempo de entrega: de 1 a 2 días hábiles	X		Validez: 45 días Tiempo de entrega: 10 días.
CUMPLE / NO CUMPLE		CUMPLE			NO CUMPLE			CUMPLE		

NOTA: Teniendo en cuenta lo anterior los proponentes: **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A., CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.** cumplen con las condiciones comerciales solicitadas, mientras que el proponente **LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA S.A.S.,** no cumple con las condiciones comerciales solicitadas.

5. EVALUACIÓN ECONÓMICA (COMPARACIÓN DE COTIZACIONES)

Se procede a realizar la evaluación de la oferta económica del oferente **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.,** quien cumple con los requisitos jurídicos, técnicos y comerciales solicitados:

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				**NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.**			
No.	**ÍTEM**	**CARACTERISTICA**	**CANT**	**Unitario**	**IVA**	**Total, unitario**	**Valor Total**
1	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgM (Nucleares EBNA IgM)	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Epstein Barr virus en las maternas donantes de	1	$82.250	$-	$82.250	$82.250

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			
No.	**ÍTEM**	**CARACTERISTICA**	**CANT**	**Unitario**	**IVA**	**Total, unitario**	**Valor Total**
		fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba					
2	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgG (Nucleares EBNA IgG)	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección activa por Epstein Barr virus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba	1	$74.400	$-	$74.400	$74.400
3	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgM	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Toxoplasma gondii en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba	1	$15.000	$-	$15.000	$15.000
4	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgG	Descripción: Examen Serológico para la evaluación de infección activa por Toxoplasma gondii en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba	1	$13.000	$-	$13.000	$13.000

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				NOMBRE PROPONENTE: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.			
No.	**ÍTEM**	**CARACTERISTICA**	**CANT**	**Unitario**	**IVA**	**Total, unitario**	**Valor Total**
5	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba	1	$14.000	$-	$14.000	$14.000
6	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección activa por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba	1	$13.500	$-	$13.500	$13.500
TOTAL				$212.150			
PUNTAJE				100			

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la cotización recibida se ajusta a lo solicitado tanto en cantidad, características técnicas, y condiciones comerciales para el proceso, que da respuesta al objeto de la contratación en todos sus componentes, se da aceptación total a la cotización de fecha 25 de junio de 2026 emitida por **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A**.

En el análisis de las cotizaciones allegadas y aceptadas, se realiza verificación ítem a ítem tanto de los criterios de habilitación técnicos, jurídicos y comerciales, así como, la verificación del menor valor, arrojando los siguientes resultados:

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				SELECCIONADO	VALORES				RAZÓN
No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	CANT		VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
1	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgM (Nucleares EBNA IgM)	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Epstein Barr virus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba	1	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	$82.250	$-	$82.250	$82.250	MENOR VALOR Y CUMPLE CON CRITERIOS HABILITANTES JURÍDICOS, TÉCNICOS Y COMERCIALES
2	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgG (Nucleares EBNA IgG)	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección activa por Epstein Barr virus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical,	1		$74.400	$-	$74.400	$74.400	

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				SELECCIONADO	VALORES				RAZÓN
No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	CANT		VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
		con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba							
3	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgM	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Toxoplasma gondii en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica:	1		$15.000	$-	$15.000	$15.000	

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				SELECCIONADO	VALORES				RAZÓN
No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	CANT		VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
		Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba							
4	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgG	Descripción: Examen Serológico para la evaluación de infección activa por Toxoplasma gondii en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba	1		$13.000	$-	$13.000	$13.000	
5	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección	1		$14.000	$-	$14.000	$14.000	

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				SELECCIONADO	VALORES				RAZÓN
No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	CANT		VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
		temprana por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba							
6	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección activa por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del	1		$13.500	$-	$13.500	$13.500	

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD / BIEN / SERVICIO / REACTIVO				SELECCIONADO	VALORES				RAZÓN
No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	CANT		VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
		material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba							
TOTAL					$ 212.150				

Teniendo en cuenta este consolidado y que estas propuestas se encuentran habilitadas, se verifica que se ajustan a lo solicitado tanto en características técnicas, jurídicas, condiciones comerciales, económicas y que da respuesta al objeto de la contratación en todos sus componentes se determina realizar la agrupación por ítems teniendo en cuenta el cumplimiento de especificaciones técnicas, menor valor y con el fin establecer el presupuesto estimado para cada contrato de suministro resultantes, se determinó que, de acuerdo con las cantidades estimadas por el grupo técnico, se proyectan los valores para el proceso así:

NO.	OBJETO	No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	PROVEEDOR ASIGNADO	CANT	VALORES				TOTAL, CPS
							VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
1	PRESTAR EL SERVICIO PARA LA DETECCIÓN SEROLÓGICA DE ANTICUERPOS EN SUERO DE DONANTES MATERNAS, PARA LA	1	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgM (Nucleares EBNA IgM)	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Epstein Barr virus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	15	$82.250	$-	$82.250	$1.233.750	$3.182.250

NO.	OBJETO	No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	PROVEEDOR ASIGNADO	CANT	VALORES				TOTAL, CPS
							VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
	UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS DEL IDCBIS EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN NO. 932 DEL 2026			asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba							
		2	EPSTEIN BARR: Anticuerpos IgG (Nucleares EBNA IgG)	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección activa por Epstein Barr virus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No		15	$74.400	$-	$74.400	$1.116.000	

NO.	OBJETO	No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	PROVEEDOR ASIGNADO	CANT	VALORES				TOTAL, CPS
							VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
				Aplica Presentación: Prueba							
		3	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgM	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Toxoplasma gondii en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba		15	$15.000	$-	$15.000	$225.000	
		4	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgG	Descripción: Examen Serológico para la evaluación de infección activa por Toxoplasma gondii en las maternas donantes		15	$13.000	$-	$13.000	$195.000	

NO.	OBJETO	No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	PROVEEDOR ASIGNADO	CANT	VALORES				TOTAL, CPS
							VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
				de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba							
		5	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección temprana por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales.		15	$14.000	$-	$14.000	$210.000	

NO.	OBJETO	No.	ÍTEM	CARACTERISTICA	PROVEEDOR ASIGNADO	CANT	VALORES				TOTAL, CPS
							VALOR UNITARIO	IVA	UNITARIO TOTAL	VALOR TOTAL	
				Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba							
		6	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG	Descripción: Examen serológico para la evaluación de infección activa por Citomegalovirus en las maternas donantes de fragmentos de cordón umbilical, con el fin de asegurar la calidad y seguridad del material de partida, para el proceso de aislamiento de células estromales mesenquimales. Técnica: Cuantitativa. Marca y/o referencia: No Aplica Presentación: Prueba		15	$13.500	$-	$13.500	$202.500	

Por lo enunciado, el presupuesto total necesario para la detección serológica de anticuerpos para el área de Unidad de Terapias Avanzadas (UTA) del IDCBIS, es de **TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS ($3.182.250) M/CTE**

6. **PLAZO:** El plazo del contrato será por cinco (05) meses.

7. **SUPERVISIÓN**: La supervisión de las ordenes resultantes del presente proceso, del líder de innovación farmacéutica y biodispositivos de la unidad de terapias avanzadas con el apoyo a la supervisión de los investigadores y profesionales de control de calidad de la unidad de terapias avanzadas o quien designe el Director del IDCBIS.

8. **VALOR:** El valor del total para este proceso se estipulará en **TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS ($3.182.250) M/CTE**

   Proveedor **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.,** presupuesto **TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS ($3.182.250) M/CTE** y se facturará de acuerdo a los valores esgrimidos en la cotización de fecha 25 de junio de 2026, aceptada totalmente, toda vez que se ajusta a la ficha técnica solicitada por el grupo técnico del proceso. El valor del contrato, deberá incluir los gastos que se generen para su legalización y los descuentos de impuestos, tasas y contribuciones correspondientes.

9. **MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA.** De conformidad con el Manual de Contratación del IDCBIS, la modalidad a emplear será la de CONTRATACIÓN DIRECTA, de acuerdo con lo contemplado en el Manual de Contratación, literal a) del numeral 6.5.1.2.1 *"Cuantía: Corresponde a procesos de contratación que no supere o sea igual a ciento cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (150 SMMLV)."*

10. **TIPO DE CONTRATO U ORDEN A SUSCRIBIR:** Se sugiere que el tipo de contrato u orden a suscribir, derivado del presente proceso y teniendo en cuenta el requerimiento y especificaciones técnicas establecidas por el área técnica del proceso, sea **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**.

11. **GARANTÍAS:** Teniendo en cuenta la complejidad de los insumos a contratar se procede a solicitar la constitución de los siguientes amparos:

RIESGO A AMPARAR	PORCENTAJE	VIGENCIA
Cumplimiento del contrato	10% del valor total del contrato	Igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, contados a partir de la expedición de las pólizas
Pago de salarios y prestaciones sociales	5% del valor total del contrato	Igual al plazo de ejecución del contrato y tres (3) años más, contados a partir de la expedición de las pólizas
Calidad del Servicio	10% del valor total del contrato	Igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, contados a partir de la expedición de las pólizas

Nota 1: Los documentos soportes de este proceso, se encuentran en la plataforma SECOP II proceso IDCBIS-CD-2026101012-2026. Link: https://www.secop.gov.co/CO1BusinessLine/Tendering/BuyerWorkArea/Index?docUniqueIdentifier=CO1.BDOS.10220950&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%2fCO1BusinessLine%2fTendering%2fBuyerDossierWorkspace%2fIndex%3fcreateDateFrom%3d21%2f11%2f2025+13%3a26%3a54%26createDateTo%3d21%2f05%2f2026+13%3a26%3a54%26filteringState%3d0%26sortingState%3dLastModifiedDESC%26showAdvancedSearch%3dFalse%26showAdvancedSearchFields%3dFalse%26folderCode%3dALL%26selectedDossier%3dCO1.BDOS.10220950%26selectedRequest%3dCO1.REQ.10395504%26&prevCtxLbl=Procesos+de+la+Entidad+Estatal

Nota 2: Análisis y Comparación de cotizaciones definitivo para adjudicar

Proyectado por:	Lorena Acosta Galeano. – Profesional Especializado Compras y Contratación
Revisado por:	Alexandra Villarreal Arboleda - Investigador UTA SAVA Mariana Cañas Arboleda – Líder de innovación biofarmacéutica y biodispositivos. MCA Sebastián Bejarano Velandia – Profesional de control de calidad DSBV Mauricio Farfan Niño - Profesional Especializado Compras y Contratación Johanna Carolina Silva Fuquen - Profesional Especializado Compras y Contratación Mary Alejandra Guarnizo Devia. – Responsable de Compras y Contratación

Fecha de diligenciamiento: 27 de julio de 2026