



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

ANEXO No 1

CONDICIONES TECNICAS

Las empresas participantes deberán diligenciar el valor correspondiente a la descripción del producto incluyendo todos los impuestos correspondientes a los productos solicitados, sin centavos

NRO.	ITEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE
1	CUADRO HEMÁTICO COMPLETO: Hemograma III	Cuadro hemático completo: hemograma III (hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma) método automático.	C
2	EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO HEMOCLASIFICACIÓN	Suero Hemoclasificador anti A: Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno A en la superficie de los glóbulos rojos (Grupo Sanguíneo).	C
		Suero Hemoclasificador anti B: Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno B en la superficie de los glóbulos rojos (Grupo Sanguíneo).	C
		Suero Hemoclasificador anti D: Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno D en la superficie de los glóbulos rojos (Factor Rh).	C
3	BUN	Bun	C
4	CREATININA	creatinina	C
5	GLICEMIA PRE Y POS PRANDIAL	Glicemia Pre Y Pos Prandial	C
6	TSH	TSH	C
7	VDRL	VDRL: Reactivo de Serología RPR: Reactivo para la detección rápida de Reaginas circulantes en suero o plasma humano, usando el método de R.P.R. (Carbón Activado); mediante cualitativa o semicualitativa. La prueba debe incluir controles y calibradores.	C
8	FTA-ABS confirmatoria si el VDRL es positivo	FTA-ABS confirmatoria si VDRL es positivo	C
9	ANTÍGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B	ANTÍGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B: Reactivo para detección cualitativa del Antígeno de Superficie de la Hepatitis B, en suero o plasma humano, mediante inmunoensayo de III generación. La prueba debe incluir controles y calibradores.	C
10	VIH	(Con consentimiento debidamente firmado por el aspirante, el cual se debe anexar a los resultados del mismo). Reactivo para la detección cualitativa de anticuerpos contra el virus del VIH (I/II/g.o) en suero o plasma humano. De ser positiva la prueba la entidad debe surtir los tramites de confidencialidad y de notificación establecidos en el DECRETO 1543 DE 1997	C
11	PARCIAL DE ORINA	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria	C
12	ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)	Tomado en reposo, Informar todas las variables propias de este examen y su interpretación, anexando los registros del mismo con diagnóstico, su lectura debe ser efectuada por un cardiólogo.	C



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

13	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)	Informar todas las variables propias de este examen y su interpretación, anexando los registros del mismo. Su lectura debe ser por Neurólogo, realizando un reporte preciso sin dejar por definir un diagnóstico.	C
14	RADIOGRAFÍA DE TORAX	Será realizada con la finalidad de descartar TBC. Sarcoidosis, asbestosis, hiperreactividad bronquial, atrapamiento de aire, cardiomegalias, aneurismas, masas en tórax, malformaciones cardíacas, signos de falla cardíaca y otras patologías cardiovasculares, pulmonares, ósea u otras cuya lectura debe realizar un radiólogo.	C
15	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL LUMBAR Y SACRA	RADIOGRAFÍAS DE COLUMNA DORSAL , con la finalidad de descartar malformaciones congénitas limitantes, alteraciones traumáticas limitantes, picos osteofíticos, y otras lesiones de tipo degenerativo, curvas patológicas (determinar grados), discopatías, determinar variantes anatómicas y otras patologías propias de este estudio, cuya lectura debe realizar un radiólogo.	C
		RADIOGRAFÍAS DE COLUMNA LUMBAR Y SACRA Tiene como finalidad hacer una imagen de los pequeños huesos (vertebras), en la parte baja de la columna, que incluye la región lumbar y el sacro, el área que conecta la columna a la pelvis, en este se puede dictaminar curvas anormales de la columna vertebral, desgaste anormal en el cartílago y huesos de la región lumbar, tales como espolones óseos y estrechamiento de las articulaciones entre las vértebras, posibles fracturas, signos de adelgazamiento de los huesos (osteoporosis), espondilolistesis, en la cual un hueso (vertebra) en la región lumbar se sales de la posición apropiada sobre el hueso de bajo de este y otras patologías propias de este estudio. Se debe entregar el resultado radiológico con su respectiva lectura, realizada por radiólogo.	C
		NOTA: Usar productos no contaminantes, aplicar políticas de protección al medio ambiente para la producción y utilización de elementos establecidos en la Ley 430 de 1986 resolución No. 3049 de 2014 y demás disposiciones vigentes. El examen se tomará desde la transición lumbosacra hacia arriba y que se logre visualizar ambos huesos iliacos, se tomará sin zapatos y en adecuada posición de bipedestación. Se debe entregar la placa radiológica y lateral con su respectiva lectura, especificando grados de desviación y patologías. Las mediciones se realizarán a través del método de cobss y de acuerdo con las condiciones que se establezcan en reunión de coordinación.	C
16	VALORACIÓN DE OFTALMOLOGÍA	Quedará plasmado en el registro de examen oftalmológico el grado de funcionalidad del ojo y sus anexos, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes	C



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

		<p>integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor. Al aspirante se le debe interrogar y registrar sus antecedentes médicos y quirúrgicos oculares tales como:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cirugía de retina2. Catarata3. Glaucoma4. Refractiva5. Extracción de cuerpos extraños intraoculares por antecedentes de heridas penetrantes y/o perforantes al globo ocular6. No debe presentar proctosis, palpebral o alteraciones del sistema lagrimal (ojo seco o epiforas).7. Posibles neoplasias y cualquier otra que a juicio y competencia científica deba identificar dentro de su valoración especializada.	C
		Describir y registrar en los antecedentes oftalmológicos (Antecedentes congénitos, médico y quirúrgico).	C
		Debe detallarse el examen respecto a cada uno de los componentes y discriminado para cada ojo de segmento anterior (vías lagrimales, conjuntiva, cornea, limbo, esclerótica, ángulo, presión intraocular por ojo), especificar que test de colores se aplicó, con el tipo y grado de discromatopsia. Se debe registrar la agudeza visual para lejos y cerca sin corrección y con corrección, cada ojo separadamente y con visión binocular.	C
		Se diligenciará el FORMATO No. 3 (Según Modelo) EXAMEN OFTALMOLOGICO MEDICO LABORAL , del presente documento.	C
17	VALORACIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	<p>Debe identificar el grado de funcionalidad del sistema otológico, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor. Se debe registrar la existencia de prótesis.</p> <p>Al examinado se le debe interrogar sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos, no deben presentar perforación timpánica de cualquier origen. La agudeza auditiva debe estar dentro de los límites normales entre -10 y 10Db en todas las áreas, área de conversación y registrar si hay presencia de trauma acústico. El examinado debe gozar de una función adecuada de su sistema rinofaríngeo y laríngeo, no presentar evidencias de enfermedades generales o de tipo alérgico o lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de esta que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de la actividad laboral, por lo tanto, se debe determinar:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deformidad del septum nasal	C



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

		<ol style="list-style-type: none">2. Pirámide nasal3. Base pirámide nasal y narinas4. Hipertrofia obstructiva de cornetes inferiores5. Deformidades congénitas (comunicación oronasal, paladar hendido, atresia coanas)6. Lesiones de cavidad oral, faringe o laringe7. Alteraciones de voz de tipo funcional o anatómico. <p>Nota: Se comprobará las lesiones de tipo alérgico solicitándole al aspirante estudios de eosinófilo en moco nasal (debe ser menor de 5) e inmunoglobulina, la cual debe ser menor de 120ml/UL.</p> <p>Se diligenciará el FORMATO No. 5 (Según modelo) EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO MEDICO LABORAL, del presente documento.</p> <p>NOTA: Aquel aspirante que presente tapón de cerumen, lo que impide la adecuada valoración, se le debe indicar que debe realizarse la limpieza auditiva correspondiente de oídos para complementar la valoración.</p> <p>No se aceptarán informes del profesional que consigne existencia de tapón de cerumen que imposibiliten la valoración.</p>	C
18	VALORACIÓN DE AUDIOMETRÍA	<p>Realizar examen otoscópico previa audiometría la cual debe contener las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se debe realizar en cabina sonoamortiguada2. Evaluar vía aérea y vía ósea <p>REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍAS:</p> <p>Certificar calibración de cabina sonoamortiguada y calibración de equipos</p> <p>El examen debe ser realizado por profesional de Fonoaudiología o Audiología</p> <p>Se exige que se reporte cualquier deficiencia que presente el aspirante de percepción auditiva por vía aérea y ósea, dicho examen se realizará en una cabina sonoamortiguada, se evaluará cada oído separadamente.</p> <p>Certificación de calibración de los equipos, anexarla.</p> <p>Aplazar la toma de la Audiometría si presenta Tapón de Cerumen.</p> <p>Se deben evaluar los decibeles en las frecuencias de 500, 1.000, 2.000, 4.000, 6.000 y 8.000 Hertz.</p> <p>Diligenciar el FORMATO No. 6 (Según modelo) EXAMEN DE AUDIOLOGIA MEDICO LABORAL, del presente documento.</p>	C



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

19	PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANABINOIDES-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE)	Pruebas para detección de sustancias psicoactivas para tetrahidrocannabinol-THC, opioides, cocaína, benzodiacepinas y metanfetaminas (con autorización del aspirante)	C
20	PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE (SOLO MUJERES)	Gonadotropina coriónica, subunidad beta cualitativa, (BHCG) prueba de embarazo en suero, que detecte entre 10-20 UI/ML.	C
21	CITOLOGÍA TUMORAL. (SOLO MUJERES CON AUTORIZACIÓN)	Para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años. Para la valoración debe tener el consentimiento escrito de la aspirante	C

Nombre Proponente : Asistencia en Servicios de Salud Integrales S.A.S

NIT : 805.029.487-1

Nombre Representante Legal : Carmen Elisa Medina Aedo

Cédula : 31.887.950

Firma :



DIRECCIÓN DE SANIDAD SOLICITUD COTIZACIÓN

página

EL PRESENTE ANEXO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y DEBE SER DILIGENCIADO POR LOS OFERENTES, DONDE SE RELACIONE EL VALOR CORRESPONDIENTE A CADA ÍTEM DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS DEL ANEXO 2, EL VALOR TOTAL DEL PAQUETE DEBE COINCIDIR CON EL VALOR COTIZADO PARA CADA GRUPO (ESPECIFICAR Y/O DESAGREGAR PARA CADA GRUPO)

GRUPO NO. 3: Entidad con sede en el Municipio de Tuluá – Valle del Cauca.

Nota: Las empresas participantes deberán diligenciar el valor correspondiente a la descripción del producto incluyendo todos los impuestos correspondientes a los productos solicitados, sin centavos. **Adicionalmente deberán anexar los estados financieros de la entidad.**

ITEM	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO OFRECIDO POR PAQUETE CON IVA INCLUIDO
1	Grupo No. 3: Entidad con sede en el Municipio de Tuluá – Valle del Cauca.	Paquete de exámenes de laboratorio, clínico, paraclínicos y especializados hombre.	\$ 2.436.300
2		Paquete de exámenes de laboratorio, clínico, paraclínicos y especializados mujer	\$ 2.552.300

EXAMENES PARA HOMBRES

ITEM	DESCRIPCION EXAMEN	VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA
1	CUADRO HEMÁTICO	\$ 34.300
2	HEMOCLASIFICACIÓN	\$ 25.000
3	BUN	\$ 38.500
4	CREATININA	\$ 31800
5	GLICEMIA PRE Y POSTPRANDIAL	\$ 52.200
6	TSH	\$ 108.700
7	VDRL	\$ 136.000
8	HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE)	\$ 149.300
9	VIH (VOLUNTARIO, CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE Y APLICABILIDAD DEL DECRETO 1543 DE 1997 POR PARTE DEL CONTRATISTA)	\$ 116.600
10	PARCIAL DE ORINA	\$ 23.200
11	ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)	\$ 220.000
12	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)	\$ 285.000
13	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	\$ 110.000
14	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL	\$ 110.000
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR	\$ 170.100
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA SACRA	\$ 110.000
15	OFTALMOLÓGICO	\$ 180.000
16	OTORRINOLARINGOLÓGICO	\$ 180.000
17	AUDIOMETRÍA	\$ 220.000
18	PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANNABINOL-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE).	\$ 135.600
VALOR TOTAL DEL PAQUETE		\$ 2.436.300

**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

EXAMENES PARA MUJERES

ITEMS	DESCRIPCION EXAMEN	VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA
1	CUADRO HEMÁTICO	\$ 34.300
2	HEMOCLASIFICACIÓN	\$ 25.000
3	BUN	\$ 38.500
4	CREATININA	\$ 31.800
5	GLICEMIA PRE Y POSTPRANDIAL	\$ 52.200
6	TSH	\$ 108.700
7	VDRL	\$ 136.000
8	HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE)	\$ 149.300
9	VIH (VOLUNTARIO, CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE Y APLICABILIDAD DEL DECRETO 1543 DE 1997 POR PARTE DEL CONTRATISTA)	\$ 116.600
10	PARCIAL DE ORINA	\$ 23.200
11	ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)	\$ 220.000
12	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)	\$ 285.000
13	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	\$ 110.000
14	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL	\$ 110.000
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR	\$ 170.100
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA SACRA	\$ 110.000
15	OFTALMOLÓGICO	\$ 180.000
16	OTORRINOLARINGOLÓGICO	\$ 180.00
17	AUDIOMETRÍA	\$ 220.000
18	CITOLOGÍA (CON AUTORIZACIÓN DE LA ASPIRANTE)	\$ 50.000
19	Test de BHCG	\$ 66.000
20	PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANNABINOL-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE).	\$ 135.600
VALOR TOTAL DEL PAQUETE		\$ 2.552.300

EXAMENES A COTIZAR DE MANERA INDIVIDUAL

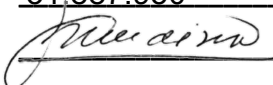
ITEMS	DESCRIPCION EXAMEN	VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA
1	FTA-ABS CONFIRMATORIA SI EL VDRL ES POSITIVO (HOMBRES Y MUJERES)	\$ _____

Nombre Proponente : Asistencia en Servicios de Salud Integrales S.A.S

NIT : 805.029.487-1

Nombre Representante Legal : Carmen Elisa Medina Aedo

Cédula : 31.887.950

Firma : 



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

FORMATO No. 3

EXAMEN OFTALMOLOGICO MEDICO LABORAL AREA DE MEDICINA LABORAL

CIUDAD Y FECHA:

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ C.C. _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Edad: **años**

2. ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS

A. ANTECEDENTES CONGENITOS

B. ANTECEDENTES MEDICO QUIRURGICOS

3. SEGMENTO ANTERIOR

Párpados: _____

Vías lagrimales: _____

Conjuntiva: _____

Córnea: _____

Limbo: _____

Esclerótica: _____

Cámara anterior: _____

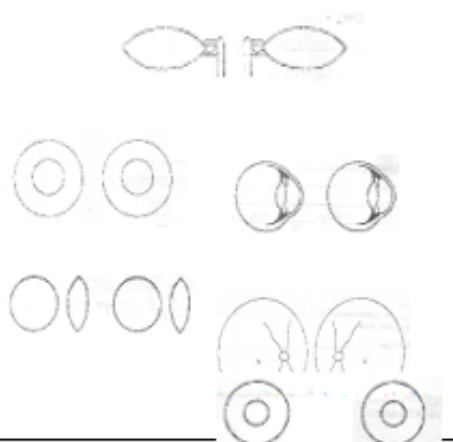
Iris: _____

Cristalino: _____

Angulo: _____

P.I.O. OD _____ OI _____

ESQUEMAS



4. TEST DE COLORES (Especificar método)

5. VISION DE PROFUNDIDAD

6. CAMPIMETRÍA



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

FORMATO No. 5

EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGICO AREA DE MEDICINA LABORAL

CIUDAD Y FECHA:

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ C.C. _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ años

2. ANTECEDENTES OOTORRINOLARINGOLOGICOS

A. ANTECEDENTES CONGENITOS

B. ANTECEDENTES MEDICO QUIRURGICOS

3. EXPLORACION FÍSICA

Orofaringe: _____

Otoscopia: _____

Rinoscopia anterior: _____

Rinoscopia posterior: _____

Nariz: _____

Senos: _____

Laringe: _____

Oídos: _____

Cuello: _____

Observaciones: _____

ESQUEMAS



4. INTERPRETACION AUDIOMETRÍAS

5. DIAGNOSTICOS:

7. FIRMA EXAMINADO

HUELLA
INDICE
DERECHO

8. FIRMA ESPECIALISTA

SELLO



DIRECCIÓN DE SANIDAD SOLICITUD COTIZACIÓN

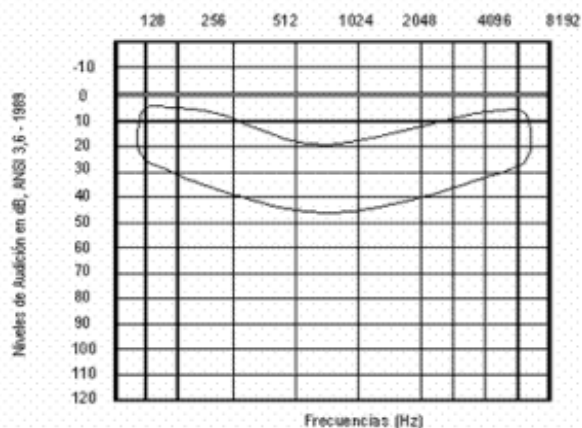
página

FORMATO No. 6

EXAMEN DE AUDIOLOGIA MEDICO LABORAL

 POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD	FICHA AUDIOLÓGICA	Nombre: _____ H.C.: _____ Edad: _____ Remitido por: _____ Fecha: _____
---	------------------------------	--

AUDIOGRAMA



CONVENCIONES

OD	IN.	OI
----	-----	----

☐	X	VA
☐	☐	VAM
<	>	VO
[	]	VOM
A		INESP.
S		CL

WEBER AUDIOMETRICO

OD	256	512	1024	OI
----	-----	-----	------	----

OD	OI
----	----

Otoscopia		
PTA		

PRUEBA DE METZ

500	1000	2000	4000
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

SAT		
SRT		
SD		
%		
Rollover		
MCL		
UCL		

IDX: _____

OBSERVACIONES:

7. FIRMA EXAMINADO	HUELLA INDICE DERECHO	8. FIRMA ESPECIALISTA	SELLO
--------------------	--------------------------	-----------------------	-------