2367	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 154.802
2368	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 127.048
2369	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 110.060
2370	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 147.623
2371	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 200.457
2372	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 105.581
2373	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 97.270
2374	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 83.250
2375	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 98.058
2376	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 102.100
2377	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 207.747
2378	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 161.630
2379	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 166.557
2380	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	$ 490.319
2381	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL	$ 300.000
2382	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 150.895
2383	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 115.985
2384	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 122.849
2385	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 168.887
2386	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 128.307
2387	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 131.092
2388	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 139.436
2389	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 137.423
2390	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 129.712
2391	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 132.026
2392	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 129.627
2393	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 132.074
2394	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 119.574
2395	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 129.627
2396	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 137.423
2397	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 232.711
2398	882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 434.484
2399	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 419.629
2400	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 399.314
2401	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 355.787
2402	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 399.065
2403	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 419.629
2404	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 422.247
2405	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 419.629
2406	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 366.691
2407	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 355.310
2408	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 324.270
2409	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 175.809
2410	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 423.245
2411	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 351.857
2412	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 341.121
2413	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 312.280
2414	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 343.234
2415	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 301.172
2416	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS	$ 267.804

2417	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$ 311.871
2418	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 265.722
2419	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 1.823.054
2420	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 2.242.053
2421	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 2.221.716
2422	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 977.785
2423	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 2.228.187
2424	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 1.937.749
2425	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 1.310.383
2426	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 1.938.502
2427	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 2.037.320
2428	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 2.262.152
2429	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 2.237.292
2430	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$ 414.980
2431	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 1.860.820
2432	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 414.980
2433	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 2.242.053
2434	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 1.950.950
2435	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$ 1.578.863
2436	883390	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	$ 2.879.971
2437	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 2.242.053
2438	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 1.577.177
2439	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 2.212.591
2440	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 2.242.053
2441	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 1.037.395
2442	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 979.368
2443	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 1.036.967
2444	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 979.368
2445	883545	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	$ 1.535.454
2446	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 2.132.635
2447	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 2.457.078
2448	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 3.610.264
2449	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 1.593.094
2450	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	$ 341.405
2451	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 109.175
2452	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 64.823
2453	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 103.707
2454	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 61.947
2455	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 58.500
2456	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 84.278
2457	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 87.583
2458	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 88.385
2459	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	$ 91.000
2460	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 90.256
2461	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 66.857
2462	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 91.264
2463	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 86.682
2464	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 75.364
2465	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 96.988
2466	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	$ 91.000

2467	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 74.988
2468	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 90.689
2469	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 74.988
2470	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 90.788
2471	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 147.500
2472	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 84.138
2473	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 86.702
2474	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	$ 62.769
2475	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	$ 38.728
2476	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 76.179
2477	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 99.995
2478	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 104.668
2479	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 97.040
2480	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 70.484
2481	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 103.571
2482	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	$ 105.900
2483	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 73.298
2484	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 74.043
2485	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 99.091
2486	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 76.410
2487	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 97.539
2488	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 94.961
2489	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 139.129
2490	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 73.291
2491	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 110.420
2492	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 103.984
2493	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 73.301
2494	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 100.940
2495	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 139.709
2496	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 110.192
2497	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 83.230
2498	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 112.994
2499	890477	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 150.604
2500	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	$ 113.947
2501	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 73.424
2502	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 94.318
2503	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 73.188
2504	890487	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	$ 141.137
2505	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 74.146
2506	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	$ 154.950
2507	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	$ 22.800
2508	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR FISIOTERAPIA	$ 20.965
2509	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 64.973
2510	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 77.332
2511	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 77.528
2512	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 80.563
2513	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 76.995
2514	890783	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 76.677

2515	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS	$ 69.045
2516	891401	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	$ 86.821
2517	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	$ 99.709
2518	892001	URODINAMIA ESTÁNDAR	$ 297.889
2519	893703	ESPIROMETRÍA	$ 83.877
2520	893805	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 130.365
2521	893808	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	$ 182.275
2522	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$ 272.178
2523	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	$ 550.986
2524	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	$ 323.249
2525	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	$ 472.643
2526	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	$ 56.986
2527	895401	MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (TELEMETRÍA)	$ 164.019
2528	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$ 1.146.900
2529	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 31.580
2530	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 127.936
2531	898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	$ 44.754
2532	898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA [ACAF] DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO	$ 76.094
2533	898004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	$ 101.281
2534	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUIMICA (ESPECÍFICO)	$ 237.893
2535	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	$ 178.668
2536	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	$ 143.100
2537	898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	$ 193.293
2538	898221	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	$ 148.815
2539	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	$ 119.000
2540	898261	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	$ 200.610
2541	898803	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE INMUNOMARCACIÓN CITOMÉTRICA DE FLUJO (ESPECÍFICO)	$ 1.018.645
2542	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 72.800
2543	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 34.965
2544	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 54.600
2545	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 145.200
2546	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 319.694
2547	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO O, ÁCIDO BORÓNICO)	$ 185.517
2548	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHLNEELSEN]	$ 20.835
2549	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 40.803
2550	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 23.764
2551	901108	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 38.129
2552	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	$ 33.032
2553	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$ 126.147
2554	901203	Brucella CULTIVO	$ 160.203
2555	901206	COPROCULTIVO	$ 95.931
2556	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 62.837
2557	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	$ 72.700
2558	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTES A ORINA)	$ 97.418
2559	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 68.662
2560	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 67.820
2561	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 53.730
2562	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 46.791

2563	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 86.297
2564	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 84.257
2565	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$ 60.332
2566	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA OSEA	$ 78.448
2567	901220	Helicobacter pylori CULTIVO	$ 133.033
2568	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 82.956
2569	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 91.374
2570	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 77.418
2571	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 93.752
2572	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 95.344
2573	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 61.195
2574	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 52.012
2575	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 46.067
2576	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 81.277
2577	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 70.340
2578	901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO	$ 74.900
2579	901302	Demodex EXAMEN DIRECTO	$ 28.804
2580	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 28.593
2581	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 17.669
2582	901309	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 16.290
2583	901311	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	$ 143.351
2584	901312	Listeria SEROTIPIFICACIÓN	$ 50.488
2585	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$ 204.124
2586	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$ 214.612
2587	901320	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN	$ 57.800
2588	901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 62.811
2589	901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN	$ 43.600
2590	901324	Filaria EXAMEN DIRECTO	$ 29.509
2591	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 17.370
2592	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$ 33.450
2593	901502	Clostridium TOXINA	$ 205.298
2594	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$ 196.773
2595	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 144.313
2596	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	$ 168.000
2597	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$ 77.245
2598	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 63.568
2599	902008	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) MANUAL	$ 129.400
2600	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 129.400
2601	902010	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA	$ 64.851
2602	902011	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	$ 64.851
2603	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	$ 87.500
2604	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	$ 54.934
2605	902015	FACTOR III PLAQUETARIO	$ 77.200
2606	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	$ 69.768
2607	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 90.220
2608	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$ 51.715
2609	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 76.617
2610	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 97.420
2611	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 94.684
2612	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 71.678

2613	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	$ 128.960
2614	902024	FIBRINÓGENO	$ 20.725
2615	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	$ 220.492
2616	902029	PLASMINÓGENO	$ 86.487
2617	902030	PRECALICREÍNA	$ 498.838
2618	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	$ 67.690
2619	902032	PROPERDINA FACTOR B	$ 95.078
2620	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 77.313
2621	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$ 117.275
2622	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 84.881
2623	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$ 139.926
2624	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$ 98.058
2625	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 95.753
2626	902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO	$ 14.464
2627	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 46.349
2628	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 32.258
2629	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 10.875
2630	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 29.976
2631	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 22.300
2632	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 179.046
2633	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$ 82.699
2634	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$ 116.585
2635	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$ 120.578
2636	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$ 121.979
2637	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$ 112.475
2638	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 84.627
2639	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$ 120.747
2640	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$ 121.432
2641	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$ 121.537
2642	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$ 503.982
2643	902067	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A COLÁGENO: (VWF:CB)	$ 490.000
2644	902068	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$ 924.000
2645	902069	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$ 488.432
2646	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.217.873
2647	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 131.585
2648	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 420.995
2649	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	$ 216.840
2650	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	$ 83.703
2651	902101	CÉLULAS L.E.	$ 28.001
2652	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 63.416
2653	902106	ERITROPOYETINA	$ 78.150
2654	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	$ 60.880
2655	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 67.618
2656	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 67.849
2657	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 68.203
2658	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 46.900
2659	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 65.133
2660	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$ 58.415
2661	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 34.708
2662	902115	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 43.173
2663	902116	HIERRO MEDULAR	$ 51.325

2664	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 57.257
2665	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	$ 79.754
2666	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 11.907
2667	902123	VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$ 81.998
2668	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 7.714
2669	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 6.983
2670	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 11.332
2671	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.600
2672	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	$ 43.600
2673	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 30.929
2674	902211	HEMATOCRITO	$ 6.515
2675	902213	HEMOGLOBINA	$ 20.836
2676	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 13.613
2677	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$ 14.769
2678	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 16.800
2679	902218	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 16.064
2680	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$ 17.338
2681	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 11.512
2682	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 14.092
2683	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 18.402
2684	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 26.941
2685	902225	TÍTULO ANTI D	$ 49.900
2686	902226	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$ 39.136
2687	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 53.202
2688	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$ 88.997
2689	903003	BICARBONATO	$ 70.807
2690	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 79.072
2691	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 91.430
2692	903006	CAROTENOS	$ 34.315
2693	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 86.480
2694	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 84.695
2695	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$ 119.093
2696	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$ 142.715
2697	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 108.304
2698	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 33.600
2699	903016	FERRITINA	$ 61.451
2700	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 30.226
2701	903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 41.250
2702	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 42.922
2703	903022	HOMOCISTEÍNA	$ 88.750
2704	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 79.663
2705	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO	$ 133.337
2706	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 89.180
2707	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 55.804
2708	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 51.744
2709	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 42.956

2710	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 61.848
2711	903032	N-TELOPÉPTIDO	$ 189.998
2712	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 24.265
2713	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 28.957
2714	903035	OSTEOCALCINA	$ 81.551
2715	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 110.438
2716	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 145.733
2717	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 58.800
2718	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 56.609
2719	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 123.810
2720	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$ 283.900
2721	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	$ 58.304
2722	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 122.307
2723	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 100.301
2724	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 58.384
2725	903048	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 110.866
2726	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 259.625
2727	903050	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BH CG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 161.306
2728	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 71.436
2729	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 57.556
2730	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$ 54.508
2731	903054	C-TELOPÉPTIDO	$ 105.838
2732	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$ 35.471
2733	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 439.373
2734	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 134.516
2735	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 62.980
2736	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$ 103.515
2737	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	$ 89.474
2738	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 231.316
2739	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 163.550
2740	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 273.422
2741	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$ 59.933
2742	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 63.660
2743	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 99.522
2744	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 74.395
2745	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	$ 57.939
2746	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	$ 120.314
2747	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	$ 201.015
2748	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 96.302
2749	903110	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 66.846
2750	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 65.882
2751	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$ 112.471
2752	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 104.754
2753	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 118.300
2754	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 54.840
2755	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 522.933
2756	903302	CURVA DE LACTOSA	$ 72.862
2757	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 32.560
2758	903402	ALDOLASA	$ 48.057
2759	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.700

2760	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 51.265
2761	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	$ 49.552
2762	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$ 142.800
2763	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	$ 130.699
2764	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	$ 128.289
2765	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 87.300
2766	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 43.568
2767	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 41.740
2768	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 35.854
2769	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 68.762
2770	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	$ 102.562
2771	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	$ 92.021
2772	903425	FRUCTOSAMINA	$ 34.828
2773	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 64.794
2774	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 78.702
2775	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 62.133
2776	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 71.582
2777	903431	LIPOPROTEÍNA A	$ 85.798
2778	903432	NUCLEOTIDASA 5	$ 51.543
2779	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 46.101
2780	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 113.831
2781	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 106.154
2782	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 117.217
2783	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 93.738
2784	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$ 134.700
2785	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 105.209
2786	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 144.574
2787	903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA - ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE - ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)	$ 151.696
2788	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$ 67.211
2789	903504	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)	$ 82.613
2790	903505	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	$ 38.121
2791	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 59.414
2792	903602	AMONIO	$ 43.816
2793	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 24.274
2794	903604	CALCIO IÓNICO	$ 31.517
2795	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 24.209
2796	903608	ZINC	$ 64.500
2797	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 79.312
2798	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 67.900
2799	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 55.228
2800	903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN DIRECTA	$ 229.044
2801	903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA	$ 273.000
2802	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 131.774
2803	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 150.945
2804	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 142.860
2805	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 149.479
2806	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 157.318
2807	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 137.623
2808	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 117.097

2809	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 131.703
2810	903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	$ 30.686
2811	903711	VITAMINA K	$ 179.187
2812	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.430
2813	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.455
2814	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.258
2815	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.078
2816	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 24.738
2817	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 23.510
2818	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 41.285
2819	903808	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]	$ 103.250
2820	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 14.396
2821	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 23.397
2822	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 22.832
2823	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	$ 41.487
2824	903813	CLORO	$ 15.672
2825	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.782
2826	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 28.485
2827	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 32.638
2828	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 32.682
2829	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 31.861
2830	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 38.935
2831	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$ 76.892
2832	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 26.630
2833	903822	CREATINA	$ 29.470
2834	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$ 28.379
2835	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.030
2836	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$ 29.995
2837	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 16.512
2838	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA	$ 22.107
2839	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$ 97.138
2840	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$ 23.534
2841	903831	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 64.209
2842	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$ 51.813
2843	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 20.072
2844	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	$ 69.585
2845	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 21.928
2846	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 24.997
2847	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	$ 38.235
2848	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 29.757
2849	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 62.147
2850	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 13.940
2851	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 16.630
2852	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 44.873
2853	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 29.706
2854	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 69.554
2855	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 39.242
2856	903846	HIERRO TOTAL	$ 51.720
2857	903847	LIPASA	$ 41.862
2858	903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 58.734

2859	903849	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$ 73.829
2860	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 81.697
2861	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$ 74.718
2862	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	$ 79.893
2863	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$ 63.128
2864	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 28.088
2865	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 27.665
2866	903856	NITRÓGENO UREICO	$ 14.153
2867	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.138
2868	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 37.708
2869	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 39.118
2870	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 47.188
2871	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.172
2872	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 11.824
2873	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 32.358
2874	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 32.366
2875	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINOTRANSFERASA]	$ 28.094
2876	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINOTRANSFERASA]	$ 28.094
2877	903868	TRIGLICERIDOS	$ 19.833
2878	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 16.041
2879	903870	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.731
2880	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$ 22.529
2881	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 30.371
2882	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 24.150
2883	903874	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 11.324
2884	903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL	$ 22.250
2885	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 15.937
2886	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	$ 18.443
2887	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 36.525
2888	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$ 27.216
2889	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 15.201
2890	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.001
2891	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	$ 14.472
2892	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 25.200
2893	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 18.900
2894	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 25.200
2895	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 31.500
2896	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 37.800
2897	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 50.400
2898	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 16.643
2899	904001	ANGIOTENSINA II	$ 325.104
2900	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 118.800
2901	904004	RENINA TOTAL	$ 112.742
2902	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	$ 96.277
2903	904006	LEPTINA	$ 82.049
2904	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 154.186

2905	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$ 110.791
2906	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$ 67.437
2907	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	$ 92.514
2908	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	$ 143.371
2909	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 245.000
2910	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 113.540
2911	904108	PROLACTINA	$ 89.821
2912	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 92.686
2913	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	$ 99.000
2914	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 170.186
2915	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	$ 206.963
2916	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 92.458
2917	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$ 212.220
2918	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$ 219.497
2919	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	$ 126.485
2920	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	$ 99.007
2921	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 118.341
2922	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	$ 143.800
2923	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$ 143.629
2924	904405	MACROPROLACTINA	$ 69.601
2925	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 127.806
2926	904503	ESTRADIOL	$ 82.254
2927	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 93.349
2928	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.087
2929	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 53.883
2930	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 92.654
2931	904510	PROGESTERONA	$ 66.809
2932	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$ 153.324
2933	904512	ANDROSTERONA	$ 205.200
2934	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 86.817
2935	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 78.902
2936	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	$ 99.614
2937	904701	GLUCAGÓN	$ 126.335
2938	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 73.986
2939	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 109.185
2940	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 90.795
2941	904705	INSULINA LIBRE	$ 81.075
2942	904706	PÉPTIDO C	$ 103.400
2943	904707	PROINSULINA	$ 210.000
2944	904708	SOMATOSTATINA	$ 213.362
2945	904709	ADIPONECTINA	$ 210.000
2946	904710	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$ 61.600
2947	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 98.721
2948	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 97.024
2949	904720	ELASTASA PANCREÁTICA	$ 152.701
2950	904721	PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	$ 142.696
2951	904801	ALDOSTERONA	$ 140.347

2952	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 150.170
2953	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 107.317
2954	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 93.006
2955	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 62.797
2956	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 92.649
2957	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 72.609
2958	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 119.788
2959	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 95.031
2960	904810	DEOXICORTISOL 11	$ 89.144
2961	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 48.272
2962	904812	CORTISOL AM	$ 64.768
2963	904813	CORTISOL PM	$ 78.723
2964	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 59.215
2965	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 79.266
2966	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 92.027
2967	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 138.300
2968	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	$ 114.437
2969	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 204.100
2970	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$ 88.372
2971	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	$ 204.100
2972	904920	TIROGLOBULINA	$ 47.878
2973	904921	TIROXINA LIBRE	$ 65.397
2974	904922	TIROXINA TOTAL	$ 62.122
2975	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	$ 66.862
2976	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 67.064
2977	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 66.720
2978	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 88.599
2979	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	$ 82.523
2980	905001	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 320.123
2981	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 233.407
2982	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 74.323
2983	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 225.027
2984	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR Xa (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	$ 184.800
2985	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 67.881
2986	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 110.055
2987	905203	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.907
2988	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.361
2989	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 95.534
2990	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 50.884
2991	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 122.377
2992	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 99.564
2993	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$ 109.241
2994	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 101.367
2995	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 65.743
2996	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$ 148.400
2997	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 208.281
2998	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 98.465
2999	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.666
3000	905307	CLORPROMAZINA	$ 93.313

3001	905308	FENCICLIDINA	$ 48.987
3002	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 60.549
3003	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 276.502
3004	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 26.404
3005	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 95.080
3006	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 81.780
3007	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 80.217
3008	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 79.378
3009	905415	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO	$ 267.788
3010	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	$ 303.930
3011	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.700
3012	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.070
3013	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.357
3014	905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 207.200
3015	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$ 108.148
3016	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 80.177
3017	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$ 88.063
3018	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 64.094
3019	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.600
3020	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 68.175
3021	905705	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO	$ 49.176
3022	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.820
3023	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	$ 75.497
3024	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 130.755
3025	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 86.800
3026	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	$ 80.526
3027	905714	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	$ 69.102
3028	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$ 71.400
3029	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.848
3030	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 84.000
3031	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.848
3032	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 73.418
3033	905724	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	$ 65.388
3034	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 98.025
3035	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 89.860
3036	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 75.017
3037	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.876
3038	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 61.611
3039	905737	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.847
3040	905739	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.571
3041	905740	OPIÁCEOS MANUAL	$ 69.289
3042	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 88.733
3043	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.533
3044	905746	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.789
3045	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.196
3046	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 129.600
3047	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 78.360
3048	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.954
3049	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 112.071
3050	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$ 64.222
3051	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 62.472
3052	905761	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.690

3053	905762	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.181
3054	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)	$ 186.112
3055	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 53.267
3056	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 43.013
3057	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 93.112
3058	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 88.926
3059	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.480
3060	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.937
3061	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 62.249
3062	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 70.077
3063	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 39.620
3064	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.987
3065	906016	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.200
3066	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.043
3067	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.940
3068	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.681
3069	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.289
3070	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.615
3071	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.700
3072	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.675
3073	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 128.345
3074	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.876
3075	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.541
3076	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.000
3077	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.388
3078	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.038
3079	906035	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.500
3080	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.202
3081	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 74.915
3082	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.820
3083	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.435
3084	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.962
3085	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.962
3086	906047	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.706
3087	906048	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.383
3088	906049	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 131.282
3089	906052	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 840.000
3090	906102	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	$ 89.227
3091	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.963
3092	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.960
3093	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.362
3094	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.961
3095	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.533
3096	906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 149.200
3097	906109	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$ 112.000
3098	906110	Echinococcus ANTICUERPOS	$ 78.825
3099	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	$ 128.230
3100	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 215.036
3101	906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.791
3102	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.090

3103	906117	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.170
3104	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.792
3105	906119	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	$ 173.255
3106	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 182.118
3107	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 54.088
3108	906122	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 81.840
3109	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 163.773
3110	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.750
3111	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 98.541
3112	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 115.997
3113	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 101.834
3114	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 160.300
3115	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.400
3116	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	$ 80.630
3117	906133	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.473
3118	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.286
3119	906136	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 163.224
3120	906138	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.205
3121	906139	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.429
3122	906140	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 133.557
3123	906141	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.691
3124	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.489
3125	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.476
3126	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.030
3127	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.179
3128	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 63.400
3129	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 63.400
3130	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 78.000
3131	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.280.509
3132	906211	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.359
3133	906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.340
3134	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.549
3135	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.856
3136	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.682
3137	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.688
3138	906217	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.737
3139	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.808
3140	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.906
3141	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.354
3142	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.745
3143	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.275
3144	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.477
3145	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.611
3146	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.809
3147	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.570
3148	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 94.394
3149	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.377

3150	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 94.973
3151	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.482
3152	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 119.086
3153	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 285.262
3154	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 57.117
3155	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 50.775
3156	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 53.586
3157	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 51.583
3158	906238	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.749
3159	906239	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 309.384
3160	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 95.189
3161	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 117.717
3162	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 101.817
3163	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 123.708
3164	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.652
3165	906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.502
3166	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.507
3167	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.568
3168	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 94.704
3169	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 468.334
3170	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$ 56.952
3171	906254	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	$ 99.092
3172	906256	Helicobacter pylori ANTÍGENO	$ 37.494
3173	906258	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.256
3174	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.652
3175	906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 92.399
3176	906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 92.442
3177	906262	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL	$ 189.600
3178	906263	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	$ 167.667
3179	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.421
3180	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.173
3181	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.876
3182	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108.535
3183	906301	Adenovirus ANTÍGENO	$ 57.000
3184	906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 134.108
3185	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 184.807
3186	906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 41.446
3187	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.500
3188	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	$ 73.376
3189	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	$ 61.583
3190	906315	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 158.341
3191	906316	Giardia lamblia MANUAL	$ 63.000
3192	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 118.022
3193	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.510
3194	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.366
3195	906320	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.346
3196	906321	Influenza ANTÍGENO	$ 64.925
3197	906322	Legionella spp ANTÍGENO	$ 141.049
3198	906323	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	$ 106.500
3199	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	$ 88.976

3200	906325	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 268.708
3201	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.843
3202	906327	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	$ 101.172
3203	906328	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL	$ 56.650
3204	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	$ 73.717
3205	906331	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	$ 120.010
3206	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$ 105.720
3207	906333	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.616
3208	906334	Cándida spp ANTÍGENO	$ 352.333
3209	906337	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 206.039
3210	906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTÍGENO	$ 77.676
3211	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 69.297
3212	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.147
3213	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.098
3214	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.934
3215	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.936
3216	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.108
3217	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.511
3218	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.100
3219	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.517
3220	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.371
3221	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	$ 99.892
3222	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.025
3223	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 132.391
3224	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 97.729
3225	906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.990
3226	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.990
3227	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.400
3228	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.779
3229	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 155.674
3230	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.708
3231	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.924
3232	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.500
3233	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.914
3234	906435	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$ 100.731
3235	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 55.904
3236	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 85.128
3237	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 98.820
3238	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.247
3239	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 142.082
3240	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 617.849
3241	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.660
3242	906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.281
3243	906451	QUERATINA ANTICUERPOS	$ 138.600
3244	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.031
3245	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 113.981
3246	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.454
3247	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.521
3248	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 76.791

3249	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 76.007
3250	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 78.040
3251	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 74.061
3252	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 129.400
3253	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.968
3254	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 520.500
3255	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.873
3256	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.209
3257	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 442.557
3258	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.102
3259	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.166
3260	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.292
3261	906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.546
3262	906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.018
3263	906476	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.733
3264	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.927
3265	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.309
3266	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.574
3267	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.424
3268	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.836
3269	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 145.103
3270	906484	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.750
3271	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.005
3272	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.391
3273	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 336.804
3274	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 380.246
3275	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 383.956
3276	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 166.638
3277	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 593.958
3278	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.556
3279	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 570.000
3280	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 369.788
3281	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$ 504.000
3282	906498	IDENTIFICACIÓN DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECÍFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.015.132
3283	906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 1.106.286
3284	906502	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$ 2.914.205
3285	906503	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$ 343.984
3286	906504	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 263.752
3287	906506	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 756.831
3288	906509	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA	$ 557.860
3289	906512	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$ 413.000
3290	906514	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$ 384.689
3291	906517	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$ 151.967
3292	906518	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$ 532.000
3293	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	$ 1.378.035

3294	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$ 326.547
3295	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 542.638
3296	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 559.074
3297	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	$ 803.046
3298	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II	$ 783.270
3299	906601	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.000
3300	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.772
3301	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.756
3302	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.554
3303	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.521
3304	906606	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.615
3305	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.744
3306	906611	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 154.677
3307	906614	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 192.174
3308	906618	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 179.010
3309	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.023
3310	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.025
3311	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.549
3312	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 263.237
3313	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.728
3314	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.063
3315	906626	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.943
3316	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.000
3317	906628	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 231.591
3318	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$ 266.900
3319	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 310.849
3320	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.614
3321	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 23.800
3322	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.151
3323	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 470.176
3324	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.249
3325	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 287.259
3326	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.689
3327	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 223.300
3328	906756	PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 700.000
3329	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 45.965
3330	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.311
3331	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA	$ 143.500
3332	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 56.592
3333	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 138.744
3334	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 58.092
3335	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 60.594
3336	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 57.917
3337	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 272.866
3338	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 199.225
3339	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.653
3340	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	$ 162.402
3341	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$ 148.617

3342	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 47.153
3343	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 37.404
3344	906828	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.614
3345	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 49.381
3346	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.300
3347	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 47.165
3348	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 48.036
3349	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.396
3350	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.573
3351	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.557
3352	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 71.826
3353	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.893
3354	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.774
3355	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 296.049
3356	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.037
3357	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	$ 96.162
3358	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	$ 71.644
3359	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	$ 238.420
3360	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.231
3361	906852	INTERLEUQUINA 1	$ 438.411
3362	906853	INTERLEUQUINA 6	$ 99.508
3363	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$ 204.067
3364	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$ 510.768
3365	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 63.515
3366	906901	AGLUTININAS AL FRÍO	$ 12.392
3367	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$ 21.259
3368	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 24.128
3369	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 64.891
3370	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 70.600
3371	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	$ 101.139
3372	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 130.004
3373	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	$ 51.231
3374	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22.787
3375	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 25.342
3376	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.826
3377	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	$ 53.859
3378	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 18.570
3379	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	$ 14.889
3380	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 14.607
3381	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 11.899
3382	907002	COPROLÓGICO	$ 12.171
3383	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	$ 16.315
3384	907004	COPROSCÓPICO	$ 45.836
3385	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$ 27.971
3386	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	$ 19.741
3387	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 11.585
3388	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 8.520
3389	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	$ 8.572

3390	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 10.210
3391	907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 12.343
3392	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 47.223
3393	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO	$ 41.945
3394	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 14.376
3395	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 28.376
3396	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 13.120
3397	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 21.151
3398	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$ 30.321
3399	907106	UROANÁLISIS	$ 18.697
3400	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$ 23.054
3401	907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	$ 12.910
3402	907109	DENSIDAD URINARIA	$ 14.677
3403	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$ 68.411
3404	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	$ 33.256
3405	907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	$ 37.137
3406	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 83.251
3407	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 79.700
3408	908308	ÁCIDO ORÓTICO	$ 337.180
3409	908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	$ 41.500
3410	908314	CISTINA CUANTITATIVA	$ 166.000
3411	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 55.300
3412	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 79.800
3413	908319	FOSFORILASA ACTIVIDAD	$ 195.200
3414	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 177.200
3415	908321	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD	$ 198.700
3416	908322	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD	$ 198.700
3417	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 164.448
3418	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$ 236.600
3419	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 200.597
3420	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 388.416
3421	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	$ 119.058
3422	908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 630.839
3423	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 195.043
3424	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$ 381.960
3425	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$ 106.400
3426	908333	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	$ 191.900
3427	908334	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	$ 632.811
3428	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	$ 573.070
3429	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	$ 198.104
3430	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$ 505.515
3431	908341	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	$ 83.660
3432	908343	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$ 443.600
3433	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	$ 50.264
3434	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)	$ 697.982
3435	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)	$ 1.804.331
3436	908354	TRIPSINÓGENO INMUNOREACTIVO	$ 70.000
3437	908356	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$ 288.400
3438	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	$ 630.152
3439	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	$ 516.397
3440	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$ 518.280

3441	908413	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU"	$ 1.573.218
3442	908414	PRUEBA DE CROMATINA	$ 147.200
3443	908418	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$ 1.190.000
3444	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	$ 4.160.000
3445	908421	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	$ 1.718.969
3446	908422	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	$ 3.106.500
3447	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	$ 278.286
3448	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	$ 314.350
3449	908428	HFE (HEMOCROMATOSIS)	$ 469.000
3450	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$ 422.620
3451	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	$ 315.926
3452	908448	CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECIFICO)	$ 414.838
3453	908604	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 1.066.511
3454	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 423.673
3455	908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	$ 1.806.603
3456	908803	Hepatitis B GENOTIPO	$ 942.339
3457	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 528.000
3458	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 301.611
3459	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 382.500
3460	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL	$ 462.000
3461	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 979.359
3462	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 1.172.500
3463	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL	$ 511.000
3464	908813	Parvovirus CARGA VIRAL	$ 752.500
3465	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$ 211.905
3466	908833	Hepatitis C GENOTIPO	$ 1.068.918
3467	908855	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.117.447
3468	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.305.284
3469	908857	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.375.514
3470	908858	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.425.389
3471	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.322.184
3472	908861	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 487.164
3473	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 324.800
3474	908866	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 316.336
3475	908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 387.735
3476	908870	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 428.926
3477	908871	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 309.630
3478	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 361.647
3479	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 372.680
3480	908875	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 346.856
3481	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 355.445
3482	908890	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 142.867
3483	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 51.351
3484	911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO	$ 57.677
3485	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULAR ES) POR MICROTÉCNICA	$ 42.965
3486	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 25.900
3487	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 101.650

3488	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO	$ 57.549
3489	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	$ 39.541
3490	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 26.096
3491	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$ 23.140
3492	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 31.293
3493	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO	$ 548.244
3494	911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA	$ 37.590
3495	911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO	$ 49.932
3496	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	$ 24.523
3497	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	$ 23.642
3498	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$ 16.980
3499	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	$ 18.722
3500	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	$ 40.719
3501	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	$ 39.281
3502	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	$ 52.335
3503	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$ 49.577
3504	911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA	$ 38.270
3505	911024	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	$ 16.520
3506	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	$ 70.655
3507	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	$ 19.600
3508	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	$ 81.428
3509	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 75.016
3510	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 79.265
3511	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	$ 445.806
3512	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 77.163
3513	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 96.168
3514	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 325.240
3515	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	$ 1.591.575
3516	911203	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS	$ 2.562.871
3517	911302	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO	$ 1.409.205
3518	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 57.336
3519	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 89.417
3520	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 50.896
3521	912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 73.323
3522	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 55.210
3523	912010	EXSANGUINO TRANSFUSIÓN	$ 277.200
3524	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	$ 30.254
3525	933501	TERAPIA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	$ 66.002
3526	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	$ 68.869
3527	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 68.668
3528	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	$ 73.891
3529	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	$ 68.299
3530	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	$ 64.271
3531	935306	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	$ 125.840
3532	935307	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX	$ 120.289

3533	935401	APLICACIÓN DE FÉRULA	$ 167.680
3534	936801	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA	$ 119.700
3535	939402	NEBULIZACIÓN	$ 18.480
3536	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$ 29.904
3537	960201	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA	$ 168.788
3538	960401	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	$ 152.402
3539	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL	$ 104.040
3540	961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA	$ 45.340
3541	963301	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA	$ 38.401
3542	964901	INSTILACIÓN GENITOURINARIA	$ 87.055
3543	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	$ 34.555
3544	965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	$ 39.084
3545	970101	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA	$ 163.358
3546	970201	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA	$ 222.172
3547	970301	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO	$ 189.220
3548	970401	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO	$ 203.590
3549	970501	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO	$ 266.900
3550	972301	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 266.900
3551	973701	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 139.300
3552	974101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE	$ 109.764
3553	975101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	$ 202.521
3554	976203	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 168.612
3555	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$ 411.248
3556	977201	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO	$ 461.836
3557	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	$ 97.678
3558	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	$ 85.313
3559	981202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 106.500
3560	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 103.545
3561	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 142.461
3562	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$ 1.046.966
3563	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	$ 1.032.118
3564	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 1.032.113
3565	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$ 1.921.705
3566	109A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	$ 1.928.809
3567	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 1.920.746
3568	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	$ 272.657
3569	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 458.954
3570	129A02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 384.426
3571	129M01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 484.700
3572	129M02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	$ 274.500
3573	130A01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 506.658
3574	130A02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 426.410
3575	130M01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 484.700
3576	130M02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	$ 441.100
3577	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	$ 29.952
3578	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	$ 69.146
3579	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$ 90.498

3580	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	$ 139.143
3581	5DSM01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA	$ 148.500
3582	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	$ 544.305
3583	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	$ 667.882
3584	7DS003	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	$ 250.000
3585	7DS004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS	$ 114.800
3586	7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	$ 83.408
3587	90DS03	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD MEDIANA	$ 250.000
3588		OXIGENO POR LITRO	$ 19

OFERTA ECONÓMICA

El oferente deberá diligenciar y presentar con la oferta **ESTE FORMATO**, debidamente firmado por el representante legal y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del SECOP II, es decir antes del cierre de la oferta.

A. PRIMER ÍTEM DE LA OFERTA ECONÓMICA:

El oferente debe diligenciar **UN ÚNICO PORCENTAJE DE DESCUENTO** el cual será aplicable para todos los ítems del anexo correspondientes a los servicios médicos del ANEXO PRECIO TECHO.

NRO.	DESCRIPCIÓN SERVICIOS	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO
1	**"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8."**	_____% ESTE NUMERO DEBER SER DILIGENCIADO UNICAMENTE EN PORCENTAJE

NOTA 1: ***El oferente interesado debe realizar un solo porcentaje de descuento el cual será aplicado a todos los ítems del ANEXO PRECIO TECHO.***

NOTA 2: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

NOTA 3: Si el oferente que no indica ningún valor como porcentaje de descuento, esta se entenderá como 0%.

- **SEGUNDO ITEM**

MEDIANTE CIRCULAR 019 DE 2024 O LA CIRCULAR QUE LA MODIFIQUE	PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	INDIQUE EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN SEGÚN SU OFERTA
MEDICAMENTOS REGULADOS:	De 0% a 3%	**30 PUNTOS**	_____ %
Para los MEDICAMENTOS REGULADOS por el Ministerio de Salud y de Protección Social con Precio Máximo de Venta MENOR O IGUAL a $1.150.000, el oferente podrá ofertar, el siguiente porcentaje de intermediación.	De 3.1% a 6%	**20 PUNTOS**	
Este porcentaje será aplicado al precio del Anexo: "LISTA DE MEDICAMENTOS REGULADOS"	6.1% a 7%	**0 PUNTOS**	

- **TERCER ITEM**

MEDIANTE CIRCULAR 019 DE 2024 O LA CIRCULAR QUE LA MODIFIQUE	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	INDIQUE EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN SEGÚN SU OFERTA
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social con un VALOR MAYOR a $1.150.000, el oferente puede ofertar el siguiente porcentaje de intermediación para los medicamentos. **Este porcentaje será aplicado al precio del Anexo: "LISTA DE MEDICAMENTOS REGULADOS"**	0% al 1.9%	30 PUNTOS	_____ %
	Del 2% al 3.4%	20 PUNTOS	
	3.5%	0	

- **CUARTO ITEM**

MEDICAMENTOS NO REGULADOS	INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	INDIQUE EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN SEGÚN SU OFERTA
Para los **MEDICAMENTOS NO REGULADOS**, se pagarán al valor de la orden de compra y/o factura, más el porcentaje de intermediación ofertado. NOTA: 1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CON SU OFERTA EN FORMATO EXCEL, EL LISTADO CON PRECIOS DE COMPRA, DE TODOS LOS MEDICAMENTOS NO REGULADOS, QUE INCLUYA EL OXIGENO MEDICINAL, REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD, OBJETO DEL PRESENTE PROCESO. 2.PARA VERIFICACIÓN DE LOS PRECIOS OFERTADOS EN EL EXCEL DE MEDICAMENTOS NO REGULADOS; EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR (EN FORMATO PDF) LAS ÓRDENES DE COMPRA Y/O FACTURAS; QUE ACREDITEN ESE PRECIO, EXPEDIDAS POR EL OPERADOR LOGÍSTICO, PROVEEDOR, LABORATORIO, Y/O DISTRIBUIDOR 3.AQUELLOS MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTREN EN EL LISTADO Y SEA REQUERIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE PAGARAN AL VALOR DE LA ORDEN DE COMPRA Y/O FACTURA, MÁS EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN OFERTADO	0% al 4%	40 PUNTOS	_____ %
	Del 4.1% al 7%	10 PUNTOS	
	Del 7.1% al 10%	0 PUNTOS	

- **QUINTO ITEM**

PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN	PUNTAJE	INDIQUE EL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN SEGÚN SU OFERTA
Para los **INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS** se pagarán al valor de la orden de compra y/o factura, más el porcentaje de intermediación ofertado.	De 0% al 3%	100 PUNTOS	_____ %
	De 3.1% al 7%	20 PUNTOS	
	Del 7.1% al 10%	0 PUNTOS	

NOTA: El oferente que supere el porcentaje % de intermediación establecido en los ítems segundo, tercero, cuarto y quinto de la oferta económica (MEDICAMENTOS REGULADOS, MEDICAMENTOS NO REGULADOS, E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS), se entenderá como NO OFRECIDO dicho ítem y se cancelará con el porcentaje de intermediación más bajo establecido en la circular 019 de 2024 o la circular que la modifique.

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

GESTION AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

Ciudad.

Ref. proceso de selección abreviada Menor cuantía Número **PN RASES8 SA _____ - 2026** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8."**

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, manifiesto que con la adjudicación del presente proceso contractual me comprometo a contribuir activamente a la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el control de los impactos ambientales asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios; así mismo me comprometo a promover el mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la Institución.

En cumplimiento de lo anterior, me comprometo a:

- Dar cumplimiento a la legislación ambiental colombiana vigente, de conformidad con la naturaleza de las actividades desarrolladas en el marco del contrato.
- Tramitar, mantener vigentes y cumplir los permisos, concesiones, autorizaciones y/o licencias ambientales que sean requeridos antes, durante y al finalizar la ejecución contractual
- Aplicar buenas prácticas ambientales, tales como el uso eficiente del agua, el ahorro de energía, la adecuada gestión de residuos, el cumplimiento de los límites máximos permisibles de emisiones, el uso de productos biodegradables, y la reducción del uso de plásticos de un solo uso, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- Asegurar la segregación en la fuente, almacenamiento temporal seguro, transporte y disposición final por parte de gestores autorizados, manteniendo manifiestos, actas de disposición final y certificados. Cuando aplique, cumplir el PGIRASA u otros planes sectoriales.
- Disponer de convenios y/o contratos vigentes con un gestor externo debidamente autorizado, así como de las actas de disposición final correspondientes. Así mismo, el gestor externo deberá contar con las licencias ambientales vigentes, certificados requeridos por la normatividad aplicable y demás documentos habilitantes. Toda la documentación deberá mantenerse actualizada y, en caso de ser requerida, será remitida al supervisor del contrato.
- Garantizar que el personal bajo mi responsabilidad se encuentre capacitado en temas ambientales relacionados con la gestión integral de residuos, saneamiento básico y cumplimiento

ambiental, disponiendo de las actas, registros y certificaciones de capacitación y socialización respectivas.

- Asumir como responsabilidad propia cualquier infracción ambiental derivada de la omisión en la obtención de permisos, concesiones o licencias ambientales que resulten necesarias antes, durante o al finalizar la ejecución del servicio u obra
- Colaborar y propender por el mejoramiento continuo, con el propósito de identificar, fortalecer e implementar de manera permanente prácticas innovadoras y sostenibles en el desarrollo de las actividades contractuales.
- En caso de que la prestación del servicio se realice en las instalaciones de la unidad, contribuir al cumplimiento de los programas ambientales establecidos por la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**, en lo relacionado con el manejo de residuos sólidos y residuos peligrosos, manejo de vertimientos, responsabilidad social, uso eficiente del agua y uso eficiente de la energía.

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

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES PERSONA JURIDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad. –

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA No._____2026**

El suscrito _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ actuando en nombre propio y en representación legal de _____ identificada con No. NIT: _____, manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los seis meses anteriores a la fecha de la firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a paz y salvo por concepto de pagos a la entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA ICBF) según consta en la última planilla de pago No. _____ Que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contrato cuyo objeto es objeto la "**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**"

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

(Anexar fotocopia de la cedula de ciudadanía, tarjeta profesional y antecedentes de la junta centran de contadores)

CERTIFICACION DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Yo _____, representante legal de la_____, certifico que la entidad que represento, cuenta la con suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimado a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), se cuenta con la disponibilidad requerida, cobertura requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas por la Unidad Prestadora de Salud Cesar

De igual forma se certifica que la dirección registrada en la cámara de comercio proporcionada por la entidad que represento coincide con la dirección registrada en el RUT y el establecimiento abierto al público.

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

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

Referencia: sostenibilidad de precios del proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, me comprometo a sostener los Precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso de selección abreviada menor cuantía **PN RASES8 SA MC ___ - 2026**, durante la vigencia del contrato y las eventuales suscripciones si esta se llegara a suscribir, así mismo los precios ofertados incluyen la carga tributaria, arancelaria de Ley, todos los costos administrativos como seguros y fletes, no se harán reajustes ni cobros adicionales el cual tiene por objeto la "**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**"

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

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal.: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, de manera libre, voluntaria y bajo la gravedad de juramento, me permito certificar que:

1. Los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provienen de actividades ni fuentes ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
2. Que mi empresa sea utilizada para dar apariencia de legalidad a fondos ilegales o para financiar actividades terroristas.
3. Que mi empresa y sus representantes, socios, administradores, accionistas y/o beneficiarios finales no realizan, facilitan, promueven ni han realizado directa o indirectamente actividades ilícitas, tales como:

    - Lavado de activos (LA).
    - Financiación del terrorismo (FT).
    - Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM).
    - Tráfico de estupefacientes o sustancias psicoactivas.
    - Enriquecimiento ilícito.
    - Corrupción, soborno transnacional o cualquier conducta tipificada como delito en la legislación penal colombiana.
    - Actividades provenientes de grupos armados organizados, organizaciones criminales o cualquier fuente marcada como de alto riesgo.

4. Que Monitorearé las operaciones de mi empresa para identificar y detectar posibles actividades del lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
5. Que verificare la identidad de los clientes y las transacciones entre ellos para evaluar y mitigar los riesgos asociados
6. Que implementaré políticas y procesos establecidos por entidades como la Superintendencia Financiera de Colombia para gestionar y mitigar estos riesgos.
7. Me comprometo a informar de manera inmediata a la entidad contratante cualquier situación que pueda constituir indicio o sospecha de operaciones inusuales o actividades que puedan considerarse de riesgo en materia de LA/FT/FPADM, así como cualquier cambio relevante en la estructura societaria o en los beneficiarios finales.

ORIGEN LICITO DE LOS RECURSOS

Finalmente, y de resultar adjudicatario del proceso, me comprometo a que todos los recursos que financiarán la ejecución del contrato, incluidos los flujos operativos, nóminas, pagos a proveedores e inversiones, mantendrán origen lícito y verificable, garantizando la trazabilidad y transparencia en los movimientos financieros asociados al 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

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía **PN RASES8 SA _____ 2026** cuyo objeto es: "**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**"

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación publica, me permito presentar, en nombre de Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de contratación de mínima cuantía cuyo objeto es: "**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**"

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica 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.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y/o invitación publica de conformidad con el formulario "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.

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

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

1. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que conozco y acepto el contenido de los pliegos de condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.

2. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

4. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que ni es suscrito, y/o directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

5. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ declaro bajo juramento, 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. Que nos comprometemos a proveer a **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 ,** en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios de salud especializados ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el pliego de condiciones, con las especificaciones, términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones.

7. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del proceso y del futuro contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de la tecnología y los equipos a los cuales aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta

8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información

9. Reconocemos que ni **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** , ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

10. Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.

11. Aceptamos plena, incondicional y estrictamente los términos del presente proceso de contratación que se ofrece y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.

12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y en consecuencia, consideramos que **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** , se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

13. Que me obligo a suministrar a solicitud de **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** , cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

14. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

15. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de mi Despacho, en la siguiente dirección: _____ correo electrónico: _____ Teléfono(s): _____ Fax _____.

16. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta de _____ No. _____ entidad bancaria _____ sucursal _____ ciudad _____ país: Colombia.

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

18. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso será hasta el día ___ del mes de _____ de la vigencia 2026 o hasta agotar el presupuesto, contados a partir del día hábil siguiente a la aprobación de la garantía única y suscripción de la carta de inicio.

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURIDICA

POLICÍA NACIONAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	FORMATO	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

CIUDAD _____ FECHA _____

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

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cedula de Ciudadanía

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista)

Fotocopia de la cedula de extranjería, licencia o otro documento que acredite el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

2. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA | Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____

Tipo documento de Identificación:

Cedula de Ciudadanía		No.	
Cedula de Extranjería		No.	
NIT Persona Jurídica		No.	
NIT Persona Natural		No.	
Pasaporte		No.	
Registro Civil		No.	
Tarjeta de Identidad		No.	
Otro Tipo Documento		No.	Cuál

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		Cooperativa		Empresa Ind. Y Cial del Estado	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal		Asociaciones Mutualistas	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Instituto de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Pública		Precooperativa	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Animo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI
	PÚBLICO			NO
	MIXTO			
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PÚBLICO	%		
	PRIVADO	%		
	TOTAL	%		

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURIDICA

POLICÍA NACIONAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	FORMATO	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCIÓN EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI		NO

5. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCIÓN			
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO CIVIL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		DOMICILIO FISCAL	
		RESIDENCIA	

Dirección _____ Teléfono _____
E-mail _____ Fax _____
País _____ Región _____
Ciudad _____
Localización Nacional Extranjera
Página Web _____ Contacto _____
Designación del contacto _____ E-mail del contacto _____
Apartado Aéreo _____

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su(s) hijo(s) menor(es)	
Donatarios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

Entidad Financiera _____ Número de Cuenta _____

Tipo de la cuenta bancaria: Corriente ☐ Ahorro ☐ Depósito Electrónico ☐

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato valido para la creación de cuentas bancarias de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURIDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Yo _____identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, representando legalmente la firma _____ identificada con Nit No. _____ Manifiesto bajo la gravedad de juramento: que yo ni la empresa a la cual yo represento nos encontramos incursos en las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SLAUD No.8**, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la Republica, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002

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

FORMATO IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

La Dirección de Sanidad se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	
Ciudad y fecha	
Nombre y apellidos del Profesional:	
Cedula de ciudadanía	
Fecha de nacimiento:	**Nacionalidad:**
Profesión:	
Universidad:	
No. de Registro Profesional:	
Título Obtenido:	
Especialización:	
Subespecialidades: (tómese por su especialista al profesional especializado que luego de cursada la especialidad base tiene un entrenamiento certificado mínimo de un año en la subespecialidad)	
Tiempo de experiencia en la Profesión:	
Tiempo de servicio en la Institución Oferente:	
Cargo que desempeña:	
Tiempo de dedicación (donde labora):	

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

La Unidad Prestadora de Salud Cesar por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas.

ITEM	CRITERIO TECNICO		EVIDENCIA/OBSERVACIÓN	CUMPLE	
				SI	NO
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS:					
1	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL			
2	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO			
3	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS			
4	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL			
5	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO			
6	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS			
7	120	CUIDADO BASICO NEONATAL			
8	129	HOSPITALIZACION ADULTOS			
9	130	HOSPITALIZACION PEDIATRICA			
10	203	CIRUGIA GENERAL			
11	204	CIRUGIA GINECOLOGICA			
12	205	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
13	207	CIRUGIA ORTOPEDICA			
14	209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA			
15	212	CIRUGIA PEDIATRICA			
16	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
17	214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA			
18	215	CIRUGIA UROLOGICA			
19	217	OTRAS CIRUGIAS			
20	234	CIRUGIA DE TORAX			
21	235	CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
22	245	NEUROCIRUGIA			
23	301	ANESTESIA			
24	304	CIRUGIA GENERAL			
25	306	CIRUGIA PEDIATRICA			
26	320	GINECOBSTETRICIA			
27	331	NEUMOLOGIA			
28	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA			
29	340	OTORRINOLARINGOLOGIA			
30	355	UROLOGIA			
31	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			
32	366	CIRUGIA DE TORAX			
33	369	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
34	372	CIRUGIA VASCULAR			
35	387	NEUROCIRUGIA			
36	411	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
37	706	LABORATORIO CLINICO			
38	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO			
39	714	SERVICIO FARMACEUTICO			
40	739	FISIOTERAPIA			
41	742	DIAGNOSTICO VASCULAR			
42	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO			
43	744	IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES			
44	745	IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES			
45	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL			
46	747	PATOLOGIA			
47	1101	ATENCION DEL PARTO			
48	1102	URGENCIAS			
49	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS					
50	Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo				
51	Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información				
52	Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.				
53	Señalización visible de advertencia 'Radiación ionizante'.				
54	Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.				
VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO					

55	LABORATORIO CLÍNICO			
56	CONSULTA EXTERNA			
57	SERVICIO DE URGENCIA			
58	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN			
59	SERVICIO DE UCI			
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN			
60	HISTORIA CLÍNICA (ELECTRÓNICA) CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS - ACCESOS RESTRINGIDOS			
	PROCESOS PRIORITARIOS			
61	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
62	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
63	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)			
64	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
65	CÓMITE DE INFECCIONES			

Expedida el día: _____

Atentamente,

_____

Firma y nombre: Diligenciar el nombre completo del funcionario que realiza la visita
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del funcionario que realiza la visita

_____

Firma y nombre completo del funcionario quien atiende la visita
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Email:

FORMATO INFORMATIVO

INDICADORES TÉCNICOS DE CALIDAD, DE GESTIÓN Y RESULTADOS (IMPACTO)

Los siguientes son los indicadores de calidad, gestión y resultados que hasta el momento se han obtenido con la intervención a la población objeto del contrato:

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

Para garantizar un control eficiente y transparente de la ejecución contractual, se ha implementado un sistema de semaforización. Esta herramienta visual permite identificar rápidamente el estado de cumplimiento de los compromisos y facilitar la toma de decisiones basada en datos precisos.

Las convenciones definidas para la medición de los indicadores son las siguientes:

● Azul (Sobresaliente): El desempeño supera las metas establecidas, evidenciando una gestión excepcional y un valor agregado en la ejecución.

● Verde (Óptimo): El resultado cumple plenamente con los estándares y cronogramas pactados, situándose dentro del rango de normalidad esperado.

● Amarillo (Insuficiente): Se identifican desviaciones menores o metas alcanzadas parcialmente. Requiere atención inmediata y ajustes para evitar el escalamiento a niveles críticos.

● Rojo (Deficiente): El resultado está significativamente por debajo de los niveles mínimos aceptables, indicando un incumplimiento que compromete los objetivos del contrato.

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

La implementación de este sistema es fundamental para transformar datos técnicos en información accionable. La semaforización permite que cualquier interesado realice un seguimiento intuitivo y ágil, facilitando la interpretación inmediata del desempeño sin necesidad de análisis exhaustivos de cifras complejas.

Al estandarizar la evaluación, se garantiza una comunicación clara entre las partes, permitiendo priorizar esfuerzos en las áreas críticas (rojo y amarillo) y mantener la estabilidad en los procesos exitosos, así como la activación del análisis por parte de los equipos técnicos en cada unidad.

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Proporción de satisfacción global del usuario del servicio	**Numerador**: Número de usuarios que califican como buena o muy buena su experiencia global respecto a la atención recibida **Denominador**: Número total de usuarios que respondieron la encuesta de satisfacción.	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%

Indicador Nro 1. 1. Nombre: Proporción de satisfacción global	
2. Descripción: Es un indicador clave de calidad que mide el porcentaje de usuarios que reportan estar satisfechos con la totalidad de la atención recibida en una institución de salud, evaluando aspectos como la calidad del servicio, la comunicación, la accesibilidad y la empatía del personal, a través de encuestas aplicadas a pacientes.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido? en el servicio Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
5. Periodicidad de medición	Mensual
6.Progresividad de la medición La evaluación del indicador se realizará de forma gradual para permitir el despliegue de las herramientas de captura de información y la implementación de planes de mejora en el servicio: **Mes 1:** El objetivo principal será alcanzar el tamaño de muestra mínimo representativo (el 10% de los usuarios atendidos); el contratista deberá presentar un informe de barreras detectadas. **Mes 2 a Mes 4:** Se exigirá un cumplimiento mínimo del 80% sobre la meta establecida (si la meta es 90% de satisfacción, el umbral de aceptación será 70%), el prestador debe demostrar que ha implementado acciones correctivas sobre las quejas del mes anterior. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento del 100% de la meta pactada. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Res 1446 de 2006
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)

Calidad / Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas	<10 10 >10 >15

Indicador Nro. 2 1. Tiempo: promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada	
2. Descripción: Mide el número de días que transcurren, en promedio, desde el momento en que un usuario solicita una cita de medicina especializada de primera vez hasta la fecha efectiva en que la institución le asigna el espacio en la agenda. Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso a la atención especializada y la capacidad de respuesta de la red prestadora, permitiendo identificar barreras administrativas o falta de oferta de especialistas.	
3. Unidad de medida: Días	
4. Fórmula	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador de oportunidad en medicina especializada se aplicará de manera gradual, permitiendo la estabilización del modelo de atención y la depuración de la demanda acumulada, bajo el siguiente esquema: **Mes 1:** Durante el primer mes de ejecución se medirá el estado inicial de la agenda y se ajustarán los canales de solicitud del prestador. **Mes 2 a Mes 4:** El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta establecida** (Si la meta son 15 días, se aceptará un margen de tolerancia hasta de 25 días mientras se ajustan las agendas). **Mes 5 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	

9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Res 4678, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	<10 10 >10 >15
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Seguridad del paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento **Denominador**: Total de personas atendidas	0 0 1 >1

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento	
2. Descripción: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio durante el procedimiento.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos durante el procedimiento **Denominador**: Total de personas atendidas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6.Progresividad de la medición Dada la naturaleza crítica del servicio y la vulnerabilidad de la población del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, la progresividad se orienta a la detección temprana y prevención de riesgos:	

Mes 1: El prestador deberá socializar con la supervisión sus protocolos de "Correctos en la administración de medicamentos" y el sistema de reporte en línea. Durante este mes, el enfoque será pedagógico; se evaluará la capacidad de reporte y no la tasa de incidencia.

Mes 2 a 3: Se permitirá un margen de tolerancia basado en el perfil epidemiológico de las urgencias atendidas. El contratista deberá entregar análisis de "Casi fallas" (incidentes que no llegaron a causar daño) como medida preventiva. El cumplimiento de la meta debe alcanzar al menos el 90% de efectividad respecto al estándar.

Mes 4 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Resolución 1732 de 2026, Decreto 780 de 2016 y demás disposiciones vigentes. Política de seguridad de paciente. Prácticas Seguras: uso seguro de medicamentos y otras disposiciones vigentes.
10. Meta, umbral o rango esperado	0 0 1 >1
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Estructura	Proporción de cancelación de cirugía	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución Denominador: Número total de cirugías programadas	<5 % 7% >8% >10%

Indicador Nro. 4
1. Nombre: Proporción de cancelación de cirugía
2. Descripción: Expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a la institución.

3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución Denominador: Número total de cirugías programadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición **Mes 1:** Se utilizará para identificar las causas raíz de cancelación (ej. falta de insumos, fallas en esterilización o falta de especialista), el prestador debe presentar un **Plan de Choque** si la tasa supera el 10% inicial. **Mes 2 a 4:** El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta final**. Durante esta fase, el prestador debe garantizar que la confirmación de la cirugía y la disponibilidad de materiales se realice con al menos 48 horas de antelación. **Mes 5 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441, las cancelaciones por causas atribuibles a la institución (como falta de insumos o personal) se considerarán una falla en la gestión del riesgo.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001 y otras disposiciones vigentes Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	<5 % 7% >8% >10%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)

Calidad / Acceso	Accesibilidad sin barreras	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%

Indicador Nro. 5 1. Nombre: Accesibilidad sin barreras	
2. Descripción: Mide el porcentaje de solicitudes de servicios de salud que son atendidas sin la presencia de barreras administrativas, tales como trámites innecesarios, demoras injustificadas, negaciones no pertinentes o fallas en los procesos de autorización. Este indicador permite evaluar la eficiencia en la gestión administrativa y el acceso efectivo de los usuarios a los servicios, especialmente en procesos de asignación y prestación de atenciones en salud.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador se implementará de manera gradual, considerando el ajuste de los procesos administrativos y la adopción de mejoras en la gestión de la demanda: **Mes 1:** Levantamiento de línea base, identificación de barreras administrativas frecuentes y ajuste de procesos internos. **Mes 2 a Mes 4:** Cumplimiento mínimo del **85% de la meta establecida**, permitiendo ajustes en la operación. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento del **100% de la meta (≥ 95%)**, con carácter obligatorio y vinculante para evaluación contractual.	
7. Tipología	Calidad-acceso
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional que realizan solicitudes de servicios de salud.	

9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 256 de 2016, Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022
10. Meta, umbral o rango esperado	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Acceso	Accesibilidad sin barreras	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%

Indicador Nro. 6 1. Nombre: Accesibilidad sin barreras	
2. Descripción: Mide el porcentaje de solicitudes de servicios de salud que son atendidas sin la presencia de barreras administrativas, tales como trámites innecesarios, demoras injustificadas, negaciones no pertinentes o fallas en los procesos de autorización. Este indicador permite evaluar la eficiencia en la gestión administrativa y el acceso efectivo de los usuarios a los servicios, especialmente en procesos de asignación y prestación de atenciones en salud.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.

5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador se implementará de manera gradual, considerando el ajuste de los procesos administrativos y la adopción de mejoras en la gestión de la demanda: **Mes 1:** Levantamiento de línea base, identificación de barreras administrativas frecuentes y ajuste de procesos internos. **Mes 2 a Mes 4:** Cumplimiento mínimo del **85% de la meta establecida**, permitiendo ajustes en la operación. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento del **100% de la meta (≥ 95%)**, con carácter obligatorio y vinculante para evaluación contractual.	
7. Tipología	Calidad-acceso
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional que realizan solicitudes de servicios de salud.	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 256 de 2016, Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022
10. Meta, umbral o rango esperado	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL

(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Oportunidad de pago	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%

Indicador Nro 1 1. Nombre: Oportunidad de pago (LEY 1122 DE 2007)	
2. Descripción Este indicador busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones definidas en cuanto a los procesos de facturación y pagos, definidos en la ley 1122 de 2007 entre las partes.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición **Mes 1-2:** Se utilizará para estandarizar los requisitos de la factura (soportes, RIPS). Durante este periodo se identificarán los cuellos de botella en la radicación. **Mes 2-3:** Se exigirá un cumplimiento mínimo del **80% de las facturas válidas** pagadas dentro del término legal, el prestador y la entidad deben demostrar la reducción de glosas injustificadas. **Mes 4 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441 de 2022	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO

Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	>90% 80% 70% -60%

Indicador Nro 2 1. Nombre: Índice de Conversión de Servicios Facturados	
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de Ejecución Presupuestal y Conciliación de Servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea un reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto reportado supere los límites financieros asignados, con el fin de detectar desviaciones o sobre-ejecuciones de manera temprana.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total servicios prestados en el mes anterior Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La medición busca la transparencia en el reporte de costos y la eliminación de la facturación represada: **Mes 1-2:** Periodo de ajuste entre los sistemas de información del prestador y la entidad responsable del pago. mes **Mes 3 en adelante:** El índice debe tender al **100%**. Una desviación superior al 5% (hacia arriba o hacia abajo) obligará al contratista a presentar un informe de justificación técnica sobre la frecuencia de uso de servicios o fallas en el proceso de facturación.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Decreto 441 de 2022 (Art. 2.5.3.4.1.3): Que establece la obligación de definir mecanismos de seguimiento a la ejecución del contrato y la gestión del riesgo financiero. Decreto 4747 de 2007: Regula la relación entre prestadores y pagadores, específicamente en lo relacionado con soportes de facturación y radicación.
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% -60%

11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	>90% 80% 70% -60%

Indicador Nro 3

1. Nombre: Tasa de Precisión de Facturación

2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de eficiencia y calidad en el proceso de facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado.

Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.

3. Unidad de medida: porcentaje

4. Fórmula	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo
5. Periodicidad de medición	trimestral

6. Progresividad de la medición

La evaluación de la precisión en la facturación se aplicará de forma gradual para permitir que el equipo de facturación del prestador se alinee con el manual de glosas de la entidad:

Mes 2: Se considera un periodo de **ajuste técnico**. Se medirá el indicador sin impacto en la calificación de desempeño, con el fin de identificar las causas recurrentes de glosa (ej. falta de soportes, errores en RIPS o falta de autorización). El cumplimiento esperado es del **85%**.

Mes 3 (Fase de Estabilización): El prestador deberá haber implementado acciones correctivas sobre las causas detectadas. Se exigirá un cumplimiento mínimo del **92% de precisión** (valor de glosa aceptada vs. valor radicado).

Mes 4 en adelante (Fase de Régimen Permanente): Se exigirá un estándar de excelencia con un cumplimiento del **96% o superior**. Un resultado por debajo de este umbral se considerará una ineficiencia administrativa que afecta la gestión del riesgo financiero.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% -60%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	7 %

Parágrafo 1: En caso de presentarse eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación de los servicios o tecnologías en salud, así como el cumplimiento de los indicadores pactados, el contratista deberá notificar por escrito al supervisor del contrato y a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el fin de adelantar los ajustes y modificaciones contractuales que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022.

El canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envío de la información necesaria para la revisión de los indicadores es: deces.upres@policia.gov.co.

Parágrafo 2: En caso de que se presenten eventos NO imprevisibles que afecten el cumplimiento de las metas, umbrales o rangos esperados, el supervisor, como primer mecanismo de acción, realizará una reunión con el contratista con el fin de establecer un plan de mejora. Si, durante el siguiente periodo de medición o revisión del indicador, persiste el incumplimiento de las metas, umbrales o rangos pactados, el supervisor remitirá a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 la información correspondiente (informes, actas de acciones de mejora, entre otros) para el trámite administrativo y contractual a que haya lugar.

El seguimiento de los anteriores indicadores durante la ejecución del contrato o acuerdo de voluntad, deberá contener como mínimo:

1. Caracterización de la población.

2. Resultado del indicador y porcentaje o nivel de cumplimiento.

3. Descripción de avances.

4. Fecha de corte.

Del mismo modo deberá efectuarse seguimiento a las acciones administrativas para mejorar y facilitar los procesos de facturación y de gestión de cuentas médicas, así como a los procesos de referencia y contrarreferencia y a las acciones para la atención con y sin mediación de la autorización

Página: 1 de 2	ELABORAR ESTUDIOS PREVIOS CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 1LF-FR-0072		
Fecha: 17/06/2024	REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS	
Versión: 2		

DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

Fecha recibo estudio: 08/08/26 **Fecha de aprobación:** 10/08/26

Lugar: Regional de Aseguramiento en Salud No.8.

No. Consecutiva revisión: _____ **Nro. MCT:** PR-REGI8-0302-26

OBJETO:	
"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8."	**VALOR 2026** **$ 1.800.000.000**

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: Prestación de servicios, (Art 32 Ley 80 de 1.993, Código Civil y Código de Comercio). 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015.

FUNCIONARIO - UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO: Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Cesar

OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:

1. Se verifico que la satisfacción de la necesidad y el presupuesto para el mismo se encuentre incluida en el Plan de Compras Institucional dentro de la presente vigencia 2026 y que se encuentren aprobadas el presupuesto de la vigencia 2026, por tanto, se cuente o se efectúen los trámites de ley para contar con el presupuesto que ampare la contratación.
2. Se verificó que el valor estimado unitario de la contratación corresponde a un estudio de mercado real, realizado por la dependencia dueña de la necesidad, solicitadas mediante el formato establecido para tal fin.
3. Se verificó para la elaboración del estudio de conveniencia y oportunidad y formato revisión de eco estuvieran realizado con el formato establecido por la Policía Nacional (CÓDIGO: 1LF-FR-007, versión: 10 - 1LF-FR-0072 versión 2) de conformidad a lo establecido en la SUIT VISION, con los soportes para iniciar un proceso contractual para la presente vigencia.
4. Se verificaron las especificaciones técnicas de acuerdo a las exigencias de la Unidad Prestadora de Salud Cesar los cuales son concienzudos con las necesidades propias del proceso contractual, teniendo en cuenta que indican las características del servicio que se requiere.
5. Se verificó que de acuerdo con el numeral 3 Guía para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones de febrero 22 de 2013 y actualizada en abril 24 de 2017 (publicado en la página de Colombia Compra Eficiente), los bienes, a adquirir estuvieran identificados y/o clasificados utilizando el clasificador de Bienes y Servicios de las naciones Unidas con el máximo nivel posible de descripción de este clasificador.

FUNCIONARIOS QUE PARTICIPAN EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO

Scanned with CamScanner

CARGO	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
RESPONSABLE PROCESO (UNIDAD DUEÑO NECESIDAD)	TE	LUZ KARIME RUIZ QUIROZ	
ANALISTA DE CONTRATOS (QUIEN REVISA)	IT	GEYVIS ABEL VANEGAS GUERRERO	
JEFE AREA O GRUPO DE CONTRATOS - E (UNIDAD QUIEN APRUEBA)	CT	RAFAEL PACHECO HOYOS	
JEFE GRUPO DE APOYO CONTRACTUAL	N/A	N/A	
ASESOR JURÍDICO UNIDAD (QUIEN REVISA EL ESTUDIO PREVIO)	CPS	JESUS DAVID PORTO H	

PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO			
FECHA:		VALOR:	$ 1.800.000.000
GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TE	LUZ KARIME RUIZ QUIROZ	Jefe de la Unidad Prestadora De Salud Cesar	

Scanned with CamScanner