ANEXO No 1

CONDICIONES TECNICAS

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

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

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

		integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor. Al aspirante se le debe interrogar y registrar sus antecedentes médicos y quirúrgicos oculares tales como: 1. Cirugía de retina 2. Catarata 3. Glaucoma 4. Refractiva 5. Extracción de cuerpos extraños intraoculares por antecedentes de heridas penetrantes y/o perforantes al globo ocular 6. No debe presentar proctosis, palpebral o alteraciones del sistema lagrimal (ojo seco o epiforas). 7. Posibles neoplasias y cualquier otra que a juicio y competencia científica deba identificar dentro de su valoración especializada.	
		Describir y registrar en los antecedentes oftalmológicos (Antecedentes congénitos, médico y quirúrgico).	**x**
		Debe detallarse el examen respecto a cada uno de los componentes y discriminado para cada ojo de segmento anterior (vías lagrimales, conjuntiva, cornea, limbo, esclerótica, ángulo, presión intraocular por ojo), especificar que test de colores se aplicó, con el tipo y grado de discromatopsia. Se debe registrar la agudeza visual para lejos y cerca sin corrección y con corrección, cada ojo separadamente y con visión binocular.	**x**
		Se diligenciará el **FORMATO No. 3 (Según Modelo)** EXAMEN OFTALMOLOGICO MEDICO LABORAL, del presente documento.	**x**
17	**VALORACIÓN DE OTORRINOLARINGOLÓGIA**	Debe identificar el grado de funcionalidad del sistema otológico, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor. Se debe registrar la existencia de prótesis.	
		Al examinado se le debe interrogar sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos, no deben presentar perforación timpánica de cualquier origen. La agudeza auditiva debe estar dentro de los límites normales entre -10 y 10Db en todas las áreas, área de conversación y registrar si hay presencia de trauma acústico. El examinado debe gozar de una función adecuada de su sistema rinofaríngeo y laríngeo, no presentar evidencias de enfermedades generales o de tipo alérgico o lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de esta que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de la actividad laboral, por lo tanto, se debe determinar: 1. Deformidad del septum nasal	**X**

		2. Pirámide nasal 3. Base pirámide nasal y narinas 4. Hipertrofia obstructiva de cornetes inferiores 5. Deformidades congénitas (comunicación oronasal, paladar hendido, atresia coanas) 6. Lesiones de cavidad oral, faringe o laringe 7. Alteraciones de voz de tipo funcional o anatómico.	
		Nota: Se comprobará las lesiones de tipo alérgico solicitándole al aspirante estudios de eosinófilo en moco nasal (debe ser menor de 5) e inmunoglobulina, la cual debe ser menor de 120ml/UI.	
		Se diligenciará el **FORMATO No. 5 (Según modelo)** EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO MEDICO LABORAL, del presente documento.	
		NOTA: Aquel aspirante que presente tapón de cerumen, lo que impide la adecuada valoración, se le debe indicar que debe realizarse la limpieza auditiva correspondiente de oídos para complementar la valoración. No se aceptarán informes del profesional que consigne existencia de tapón de cerumen que imposibiliten la valoración.	
18	**VALORACIÓN DE AUDIOMETRÍA**	Realizar examen otoscópico previa audiometría la cual debe contener las siguientes características: 1. Se debe realizar en cabina sonoamortiguada 2. Evaluar vía aérea y vía ósea	
		REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍAS: Certificar calibración de cabina sonoamortiguada y calibración de equipos El examen debe ser realizado por profesional de Fonoaudiología o Audiología Se exige que se reporte cualquier deficiencia que presente el aspirante de percepción auditiva por vía aérea y ósea, dicho examen se realizará en una cabina sonoamortiguada, se evaluará cada oído separadamente. Certificación de calibración de los equipos, anexarla. Aplazar la toma de la Audiometría si presenta Tapón de Cerumen. Se deben evaluar los decibeles en las frecuencias de 500, 1.000, 2.000, 4.000, 6.000 y 8.000 Hertz. Diligenciara el **FORMATO No. 6 (Según modelo)** EXAMEN DE AUDIOLOGIA MEDICO LABORAL, del presente documento.	**X**

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

Nombre Proponente : **CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCUALRES PABON**

NIT : **900900155-1**

Nombre Representante Legal : **JORGE MONCAYO CHAPID**

Cédula : **98.399.000**

Firma : Jorge Moncayo

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

GRUPO NO. 2: Entidad **con sede en el Municipio de San Juan de Pasto – Nariño.**

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

ITEM	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO OFRECIDO POR PAQUETE CON IVA INCLUIDO
1	**Grupo No. 2:** Entidad con sede en el Municipio de San Juan de Pasto – Nariño.	Paquete de exámenes de laboratorio, clínico, paraclínicos y especializados hombre.	$ 1.509.000
2		Paquete de exámenes de laboratorio, clínico, paraclínicos y especializados mujer	$ 1.514.000

EXAMENES PARA HOMBRES

ITEM	DESCRIPCION EXAMEN	VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA
1	CUADRO HEMÁTICO	$ 17.000
2	HEMOCLASIFICACIÓN	$ 6.000
3	BUN	$ 6.000
4	CREATININA	$ _6.000
5	GLICEMIA PRE Y POSTPRANDIAL	$ 6.000
6	TSH	$ 100.000
7	VDRL	$ 100.000
8	HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE)	$ 150.000
9	VIH (VOLUNTARIO, CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE Y APLICABILIDAD DEL DECRETO 1543 DE 1997 POR PARTE DEL CONTRATISTA)	$ 140.000
10	PARCIAL DE ORINA	$ 7.000
11	ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)	$ _100.000
12	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)	$ __100.000
13	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	$ _30.000
14	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL	$ __25.000
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR	$ _____25.000
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA SACRA	$ _____25.000
15	OFTALMOLÓGICO	$ _____100.000
16	OTORRINOLARINGOLÓGICO	$ _____100.000
17	AUDIOMETRÍA	$ _____150.000
18	PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANNABINOL-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE).	$ _____100.000
VALOR TOTAL DEL PAQUETE		$ 1409000

EXAMENES PARA MUJERES

ITEMS	DESCRIPCION EXAMEN	VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA
1	CUADRO HEMÁTICO	$ _____17000____
2	HEMOCLASIFICACIÓN	$ _____6000____
3	BUN	$ _____6000
4	CREATININA	$ _____6000
5	GLICEMIA PRE Y POSTPRANDIAL	$ _____6000
6	TSH	$ _____100000
7	VDRL	$ _____
8	HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE)	$ _____150000
9	VIH (VOLUNTARIO, CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE Y APLICABILIDAD DEL DECRETO 1543 DE 1997 POR PARTE DEL CONTRATISTA)	$ _____1400
10	PARCIAL DE ORINA	$ _____7000
11	ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)	$ _____100000
12	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)	$ _____100000
13	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	$ _____30000
14	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL	$ _____25000
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR	$ _____25000
	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA SACRA	$ _____25000
15	OFTALMOLÓGICO	$ _____100000
16	OTORRINOLARINGOLÓGICO	$ _____100000
17	AUDIOMETRÍA	$ _____150000
18	CITOLOGÍA (CON AUTORIZACIÓN DE LA ASPIRANTE)	$ _____25000
19	Test de BHCG	$ _____80000
20	PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANNABINOL-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE).	$ _____100000
	VALOR TOTAL DEL PAQUETE	$ 1.514.000

EXAMENES A COTIZAR DE MANERA INDIVIDUAL

ITEMS	DESCRIPCION EXAMEN	VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA
1	FTA-ABS CONFIRMATORIA SI EL VDRL ES POSITIVO **(HOMBRES Y MUJERES)**	$ __60000_____

Nombre Proponente : **CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVACULARES PABON**

NIT : **900900155-1**

Nombre Representante Legal : **JORGE MONCAYO CHAPID**

Cédula : **98.399.000**

Firma : **_____**

FORMATO No. 3

EXAMEN OFTALMOLOGICO MEDICO LABORAL AREA DE MEDICINA LABORAL

CIUDAD Y FECHA:

1. IDENTIFICACIÓN

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

Edad: años

2. ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS

A. ANTECEDENTES CONGENITOS

_____

B. ANTECEDENTES MEDICO QUIRURGICOS

3. SEGMENTO ANTERIOR

Párpados:_____

ESQUEMAS

Vias lagrimales:_____

Conjuntiva:_____

Córnea:_____

Limbo:_____

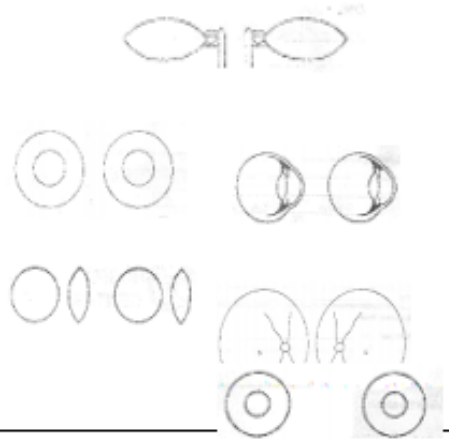
Esclerótica:_____

Cámara anterior:_____
Iris:_____

Cristalino:_____

Angulo:_____

P.I.O. OD OI



4. TEST DE COLORES (Especificar método)

_____

5. VISION DE PROFUNDIDAD

_____

6. CAMPIMETRÍA

_____

FORMATO No. 5

EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGICO AREA DE MEDICINA LABORAL

CIUDAD Y FECHA:

1. IDENTIFICACIÓN

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

2. *ANTECEDENTES OOTORRINOLARINGOLOGICOS*

A. ANTECEDENTES CONGENITOS

_____

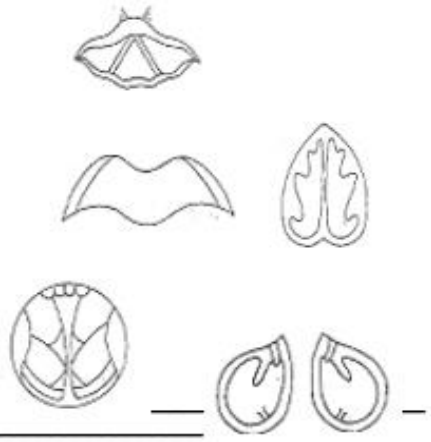
B. ANTECEDENTES MEDICO QUIRURGICOS

_____

3. EXPLORACION FÍSICA

Orofaringe:_____
*Otoscopia:*_____
*Rinoscopia anterior:*_____
*Rinoscopia posterior:*_____
Nariz:_____
*Senos:*_____
*Laringe:*_____
*Oidos:*_____
*Cuello:*_____
*Observaciones:*_____

ESQUEMAS



4. *INTERPRETACION AUDIOMETRÍAS*

_____

5. *DIAGNOSTICOS:*

_____

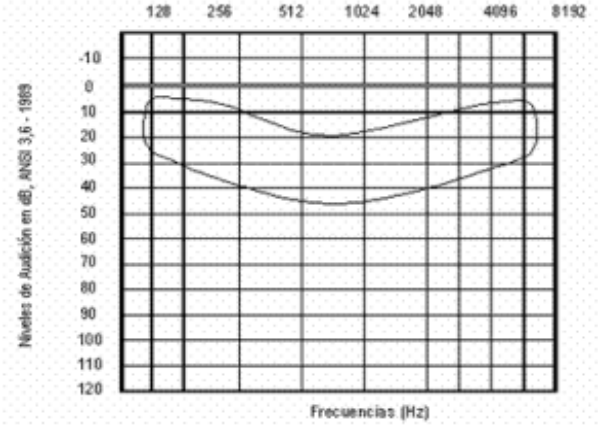
7. FIRMA EXAMINADO	*HUELLA INDICE DERECHO*	**8. FIRMA ESPECIALISTA**	SELLO

FORMATO No. 6

EXAMEN DE AUDIOLOGIA MEDICO LABORAL

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

AUDIOGRAMA



CONVENCIONES

OD	IN.	OI

O		X	VA
△		□	VAM
<		>	VO
[		]	VOM
	^		INESP.
	S		CL

WEBER AUDIOMETRICO

O D	256	512	1024	O I

PRUEBA DE METZ

500	1000	2000	4000

500	1000	2000	4000

	OD	OI
Otoscopia		
P T A		

S A T		
S R T		
S D		
%		
Rollover		
MCL		
UCL		

IDX: _____

_____

OBSERVACIONES:

_____

_____

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