REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8

Soledad, 11/09/2026

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA
PN RASES8 MIC 061 26

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 de la Policía Nacional, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de participar en **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES"**, de acuerdo con las condiciones técnicas mínimas establecidas y que cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta que el valor estimado del presente proceso no supera el 10% de la Menor Cuantía para la Entidad, el proceso de selección se debe adelantar bajo la modalidad de **MÍNIMA CUANTÍA**, de conformidad con lo previsto en el Artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 que adicionó artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, que a su vez fue modificado por el artículo 30 numeral 5 del artículo 2 de la Ley 2069 de 2020 Reglamentado por el Decreto 1860 de 2021, así como el numeral 4 del Artículo 2.2.1.2.1.5.2. 2.2.1.2.1.5.2 y 2.2.1.2.1.5.4 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015. Modificadas por el Articulo 2 Decreto 1860 de 2021 y su numeral 5 capitulo II Resolución 3049 del 30 de julio de 2014 por el cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional modificada, actualizada y complementada por la Resolución 00090 del 15 de Enero de 2018.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. **DATOS DEL PROCESO**

OBJETO	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES"**

CLASIFICACIÓN UNSPSC	Segmentos	Familias	Clases
85121800	Servicios de salud	Práctica médica	Laboratorios médicos

PRESUPUESTO

El valor estimado para el presente proceso de contratación es **SESENTA Y TRES MILLONES DE PESOS ($63.000.000,00)** M/CTE ara la vigencia 2026. Moneda legal corriente m/cte.
Distribuidos de la siguiente manera:
GRUPO I: Examen de Laboratorio Clínico III y IV nivel de complejidad: $43.000.000,00
GRUPO II: Examen especializado de Genética $20.000.000,00

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VIGENCIA	VALOR UNITARIO ESTIMADO	VALOR TOTAL ESTIMADO
GRUPO No 1	(02-02-02-006) Servicios para la comunidad, sociales y personales. (02020200903) Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales	RASES & UPRES DEATA	Certificado de Plan anual de adquisiones que tiene por objeto servicio de laboratorio clínico.	16	1	2026	$43.000.000	$43.000.000
GRUPO No 2	(02-02-02-009) Servicios para la comunidad, sociales y personales. (02020200903) Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales	RASES & UPRES DEATA	Certificado de Plan anual de adquisiones que tiene por objeto servicio de laboratorio clínico.	16	1	2026	$20.000.000	$20.000.000
TOTAL							$63.000.000	$63.000.000

FUNDAMENTO JURÍDICO

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIO
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: MÍNIMA CUANTÍA
FUNDAMENTO JURÍDICO: Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015

Teniendo en cuenta que el valor estimado del presente proceso no supera el 10% de la Menor Cuantía para la Entidad. el proceso de selección se debe adelantar bajo la modalidad de mínima cuantía. de conformidad con lo previsto en el Artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 que adicionó artículo 2 de la Ley 1150 de 2007. que a su vez fue modificado por el artículo 30 numeral 5 del artículo 2 de le Ley 2069 de 2020 Reglamentado por el Decreto 1860 de 2021 y los Artículos 2.2.1.2.1.5.1. 2.2.1.2.1.5.2 y 2.2.1.2.1.5.4 del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.modificadas por el Articulo 2 Decreto 1860 de 2021 y su numeral 5 capitulo II Resolución 3049 del 30 de julio de 2014 por el cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional modificada, actualizada y complementada por la Resolución 00090 del 15 de Enero de 2018.

Según lo expresado por el literal c) del numeral 1.1. Capítulo III de la resolución No. 03049 de 2014. "Por medio de la cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional":

Por lo anterior. se indica la modalidad de selección se realizará, teniendo en cuenta lo dispuesto en las Leyes 80 de 1993. 1150 del 2007. Decreto 1082 del 2015 y 1882 de 2018.

PLAZO DE EJECUCIÓN

(Decreto 441 de 2022 sección 6)
Una vez realicen los trámites de legalización del contrato (aprobación de las garantías. expedición del registro presupuestal y la expedición y notificación de la

	carta de inicio). Se procederá a la prestación de servicios por un periodo el cual será discriminado de la siguiente manera: El plazo de ejecución del contrato será a partir de expedición y aprobación de las garantías en la plataforma del SECOP II y la notificación de la carta de inicio de ejecución del mismo **hasta el 31 de diciembre de 2026** y/o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra. **Nota**: se aclara que el presente proceso no tendrá modificaciones automáticas. las modificaciones en cuanto a prorrogas en su tiempo de ejecución o adiciones presupuestales están sujeto a las condiciones y siempre debe mediar acuerdo entre las partes. La vigencia del contrato será igual al plazo de ejecución de (5) meses más. dentro de los cuales los primeros cuatro (4) meses siguientes a su terminación se liquidará de manera bilateral entre las partes. En caso de no llegar acuerdo alguno. la entidad dentro de los dos (2) meses siguientes. procederá a liquidar de manera unilateral dentro del término legal. conforme al artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. Que de conformidad con el artículo 164. literal J de la Ley 1437 de 2011 el termino para acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso administrativo será de dos (2) años que se contarán a partir del día siguiente a la ocurrencia de los motivos de hecho o derecho. Para efectos de lo anterior se requerirá; la presentación del certificado de recibido. en el cual debe constar que el servicio fue prestado a satisfacción conforme a las estipulaciones contractuales y el cumplimiento de los aportes establecidos en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. De acuerdo a lo anterior. el acta será suscrita por las partes contratantes y servirá como soporte para cualquier reclamación posterior.
FORMA DE EJECUCIÓN	El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de **TRACTO SUCESIVO** para los grupos I y II. por ser servicios impredecibles que varían de acuerdo a la demanda y necesidades de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8. y que surjan en el transcurso de la ejecución del contrato debido a las remisiones de los profesionales de salud de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico a los exámenes ordenados por los especialistas además del apoyo a las diferentes Unidades Prestadoras de salud (UPRES) organizadas como subred integral de la RASES No.8 de acuerdo al artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022 Sección 3. Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades.
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	**Lugar de la prestación del servicio para los grupos I y II** de acuerdo con el artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 441 de 2022, la entidad proponente a la que se le adjudique la contratación objeto del presente estudio deberá prestar los servicios de **toma de muestras dentro del perímetro urbano de la ciudad de Barranquilla y/o su área metropolitana**. Por su parte, el **procesamiento de las muestras se realizará en la sede o sedes que se encuentren debidamente habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)** por el Ministerio de Salud y Protección Social o el ente correspondiente, de conformidad con las direcciones ofertadas en su propuesta.

	Para el grupo I: El contratista estará en capacidad de recibir las muestras tomadas en los servicios de urgencias. hospitalización y del área de microbiología a través de la mensajería dispuesta por el contratista para tal fin previa concertación con el personal de bacteriología de la Unidad Prestadora de Salud atlántico, realizando los registros pertinentes y enviando resultado al correo institucional del laboratorio clínico de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico. Las muestras serán procesadas en las instalaciones del contratista en las sedes o lugares de procesamiento que el contratista tenga para cumplir dicho fin.
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será el LIDER DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINCO o la persona designada por el señor Ordenador del Gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 8. quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a las funciones y a las actividades contempladas en la Resolución Nro. 00090 del 15 de Enero del 2018 "Por la cual. se actualiza. modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional. adoptado mediante Resolución 03049 de 2014 y dentro de la cual se reglamenta la actividad de los Interventores. Supervisores y Coordinadores de los Contratos y/o Convenios en la Policía Nacional.
FORMA DE PAGO	"La modalidad de pago aplicable al presente acuerdo de voluntades será Pago por Evento o Pago Retrospectivo, de conformidad con lo establecido en el numeral 5 del artículo 2.5.3.4.1.3 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 441 de 2022, la Resolución 2335 de 2023 y las demás disposiciones que regulen la materia." Bajo esta modalidad, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 reconocerá y pagará al contratista los servicios de salud efectivamente prestados y las tecnologías en salud efectivamente suministradas, previa validación, auditoría y aprobación de la Factura Electrónica de Venta en Salud (FEV), el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los demás soportes requeridos por la normatividad vigente y por las condiciones pactadas en el presente acuerdo de voluntades. **RADICACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD** El contratista deberá cumplir con el procedimiento de generación, validación y radicación de la Factura Electrónica de Venta en Salud (FEV), el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la factura y los demás documentos exigidos por la normatividad vigente para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud. La radicación de la Factura Electrónica de Venta en Salud deberá efectuarse dentro de los términos y condiciones establecidos por la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y las demás autoridades competentes que regulen la facturación

electrónica en salud. La factura deberá encontrarse previamente validada y cumplir con todos los requisitos técnicos, operativos y de interoperabilidad exigidos para su reconocimiento y pago

REQUISITOS NORMATIVOS DE FACTURACIÓN

La Factura Electrónica de Venta en Salud deberá cumplir con:

a) La Resolución DIAN 000165 de 2023 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

b) La Resolución 0948 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud.

c) Los documentos técnicos, especificaciones funcionales, estructuras de datos, reglas de validación, catálogos, mecanismos de interoperabilidad y demás lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el funcionamiento de la Factura Electrónica de Venta en Salud y del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

d) Las disposiciones contenidas en la Resolución 2335 de 2023 relacionadas con ejecución, seguimiento y ajuste de los acuerdos de voluntades

e) Haber surtido satisfactoriamente el proceso de validación a través del Mecanismo Único de Validación (MUV) dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, obteniendo el respectivo Código Único de Validación (CUV), requisito indispensable para la radicación, auditoría, reconocimiento y pago de la Factura Electrónica de Venta en Salud.

PRESENTACIÓN Y PAGO DE LAS FACTURAS

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 cancelará el valor de los servicios efectivamente prestados mediante pagos mensuales, con base en la facturación debidamente presentada, validada y auditada.

"La facturación deberá ser presentada por el contratista dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente que regule la Factura Electrónica de Venta en Salud (FEV), el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los procedimientos de radicación ante la entidad responsable del pago.

El pago se efectuará dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la correcta radicación de la Factura Electrónica de Venta en Salud y sus soportes, previa certificación de cumplimiento contractual, auditoría médica de cuentas, verificación de soportes, aprobación técnica y administrativa de la cuenta, cumplimiento de requisitos tributarios y fiscales y demás condiciones establecidas en el presente acuerdo de voluntades y en la normativa aplicable, sin perjuicio de los términos y condiciones previstos en las disposiciones vigentes que regulan el flujo de recursos y el reconocimiento de servicios y tecnologías en salud.

La obligación de pago derivada del presente acuerdo estará sujeta a los procedimientos presupuestales y financieros aplicables a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. No obstante, la programación del Plan Anual de Caja (PAC) y los recursos situados por la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional no constituirán causal para desconocer o rechazar obligaciones válidamente causadas y aceptadas conforme a las condiciones pactadas y la normatividad vigente.

Cuando la documentación sea presentada de forma incompleta, inconsistente o incumpla los requisitos legales y técnicos exigidos, la cuenta será objeto de devolución para su corrección y los términos de trámite y pago se suspenderán hasta la subsanación de las observaciones formuladas.

Igualmente procederá la devolución de la cuenta cuando la Factura Electrónica de Venta en Salud, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) o sus soportes presenten inconsistencias, errores de validación, ausencia del Código Único de Validación (CUV), incumplimiento de las reglas técnicas vigentes o cualquier situación que impida adelantar el proceso de auditoría y reconocimiento económico de los servicios facturados.

PRESENTACIÓN DE FACTURAS Y SOPORTES

La facturación deberá identificar plenamente los servicios y tecnologías en salud prestados a cada usuario, de conformidad con la información contenida en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), las estructuras de datos definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás requisitos establecidos por la normatividad vigente.

El contratista deberá garantizar que las facturas no se encuentren prescritas conforme a los términos legales aplicables, contados a partir de la prestación del servicio, suministro de la tecnología en salud o egreso del usuario, según corresponda.

La Factura Electrónica de Venta en Salud y sus soportes deberán radicarse ante la ventanilla única de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico o en el mecanismo institucional que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 disponga para tal fin.

REQUISITOS MÍNIMOS DE LA FACTURA

Las facturas presentadas deberán contener como mínimo:

- Apellidos y nombres o razón social completa e identificación tributaria del prestador de servicios de salud.
- Nombre o razón social e identificación tributaria de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8.
- Numeración autorizada por la DIAN.
- Fecha de expedición.
- Fecha de vencimiento cuando aplique.
- Código y descripción de los servicios y tecnologías facturadas.
- Valor total facturado.
- Discriminación de impuestos cuando corresponda.
- Código QR exigido por la DIAN.
- Código Único de Validación (CUV) y demás identificadores exigidos por la normatividad vigente para la Factura Electrónica de Venta en Salud.
- Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) validado.
- Autorizaciones emitidas por referencia y contrarreferencia de la Dirección de Sanidad o de la Regional de Aseguramiento en Salud competente, cuando estas sean requeridas.
- Soportes clínicos y administrativos correspondientes a cada atención.

Adicionalmente deberán anexarse:

- Certificación vigente de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales.
- Registro Único Tributario (RUT) actualizado.
- Certificación bancaria con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.



AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

La auditoría médica verificará el ciento por ciento (100%) de las cuentas médicas radicadas y sus respectivos soportes, conforme a lo establecido en la Ley 1438 de 2011, Decreto 441 de 2022, Resolución 2335 de 2023, Resolución 0948 de 2026 y demás normas que regulen la auditoría de cuentas médicas y la facturación electrónica en salud.

La auditoría verificará especialmente:

- La consistencia entre la Factura Electrónica de Venta y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
- El cumplimiento de los requisitos técnicos y reglas de validación establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- La existencia y validez del Código Único de Validación (CUV).
- La correspondencia entre los servicios autorizados, prestados y facturados.
- La integridad de los soportes clínicos y administrativos.
- El cumplimiento de los documentos técnicos vigentes expedidos por el Ministerio de Salud para el RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta. Así mismo, la IPS deberá realizar el cargue, validación y transmisión de la información requerida en los aplicativos institucionales definidos por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para el control, seguimiento y auditoría de cuentas médicas, incluyendo RECUM, SISAP-WEB o aquellos que los sustituyan.

OBJECIONES, GLOSAS Y CONCILIACIÓN

Las glosas formuladas a las cuentas médicas se tramitarán conforme a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y las demás disposiciones vigentes que regulen la materia.

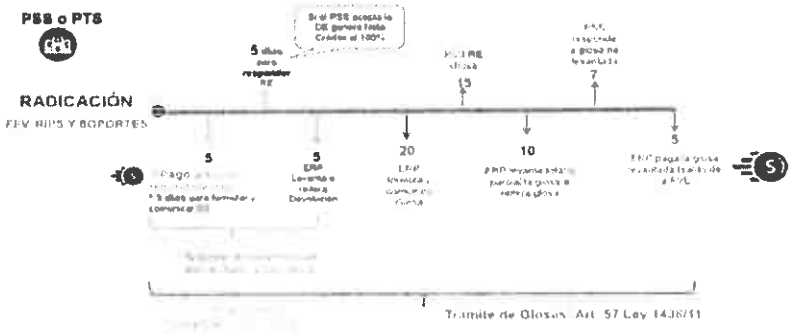
Una vez notificada la glosa, el contratista dispondrá de quince (15) días hábiles para aceptar o controvertir las observaciones formuladas. Recibida la respuesta, la auditoría médica decidirá dentro de los términos legales si levanta total o parcialmente las glosas o las mantiene como definitivas.

Cuando persistan diferencias entre las partes, se adelantará el correspondiente proceso de conciliación y, de no lograrse acuerdo, se acudirá a las instancias definidas por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y la normatividad aplicable.

EVENTO ADVERSO

La atención de eventos adversos entendidos como daños o complicaciones no intencionales derivados de la atención en salud y no de la patología de base del usuario, serán objeto de revisión, auditoría y conciliación entre las partes, conforme a la normatividad vigente y a los procedimientos institucionales establecidos por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Tiempos trámite de devoluciones y glosas



CAUSALES DE NO PAGO, DEVOLUCIÓN, GLOSA, RECHAZO O NO RECONOCIMIENTO DE CUENTAS

Serán causales de devolución, glosa, rechazo o no reconocimiento de servicios y tecnologías en salud las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, la Resolución 416 de 2009, la Resolución 2335 de 2023, la Resolución 0948 de 2026 y las demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes que regulen la facturación electrónica en salud, la auditoría de cuentas médicas, el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud, o aquellas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

CAUSALES DE RECHAZO DE LA PROPUESTA O DECLARATORIA DESIERTA DEL PROCESO

ITEMS	CAUSALES DE RECHAZO PROCESO MINIMA CUANTIA
	Son causales para el rechazo de las propuestas:
a.	Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones. no enviados oficialmente a los proponentes.
b.	Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva.
c.	Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley.
d.	Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo.
e.	Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación.
f.	Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente.
g.	Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección.
h.	Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos.
i.	Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas.
j.	La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación.
k.	La No presentación del anexo oferta económica

CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO

La Regional de Aseguramiento en Salud No.8 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva.

Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo.

La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP.

FACTORES QUE SE TENDRÁN EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN

Atendiendo lo dispuesto en el Artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 que adicionó artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, que a su vez fue modificado por el artículo 30 numeral 5 del artículo 2 de la Ley 2069 de 2020 Reglamentado por el Decreto 1860 de 2021, y así como el Artículo 2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015en concordancia con lo contenido en el Sub numeral 8, Numeral 2.2.5.4 "Procedimiento" de la Resolución 03049 del 30 de Julio de 2014 "Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional, El precio es el factor de selección del proponente; por lo anterior, la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, adjudicará el futuro contrato al oferente que cumpla con todas las condiciones exigidas en los documentos del proceso (estudios previos e invitación), y que ofrezca el mayor porcentaje de descuento en el anexo OFERTA ECONOMICA.

1. La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, revisará las ofertas económicas y verificará que el mayor porcentaje de descuento cumpla con las condiciones JURIDICAS TECNICAS Y ECONOMIICAS de la invitación.

	2. Si la que ofreció el mejor porcentaje de descuento no cumple con las condiciones JURIDICAS TECNICAS Y ECONOMIICAS de la invitación, se procederá a verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mayor porcentaje de descuento y así sucesivamente. 3. Para efectos de la evaluación económica, se considerará que la propuesta es hábil siempre que cumpla con la totalidad de los requisitos de orden jurídico y técnico, y cuando la misma no supere el precio techo unitario asignado a cada ítem. Si el oferente no discrimina el impuesto al valor agregado – IVA y el bien o servicio, causa dicho impuesto, la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, lo considerará incluido en el valor total de la oferta y así lo aceptará el proponente. La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo, estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales. Nota 1: El proceso será adjudicado por la totalidad del presupuesto oficial establecido por la entidad. Nota 2: Para los precios artificialmente bajos, se dará aplicabilidad a lo señalado en el Artículo. 2.2.1.1.2.2.4. Del Decreto 1082 de 2015, el cual indica si de acuerdo con la información obtenida por la Entidad Estatal en su deber de análisis de que trata el artículo 2.2.1.1.1.6.1. Del presente decreto, el valor de una oferta parece artificialmente bajo, la Entidad Estatal debe requerir al oferente para que explique las razones que sustentan el valor ofrecido. Analizadas las explicaciones, el comité evaluador de que trata el artículo anterior, o quien haga la evaluación de las ofertas, debe recomendar rechazar la oferta o continuar con el análisis de la misma en la evaluación de las ofertas. Cuando el valor de la oferta sobre la cual la Entidad Estatal tuvo dudas sobre su valor, responde a circunstancias objetivas del oferente y de su oferta que no ponen en riesgo el cumplimiento del contrato si éste es adjudicado a tal oferta, la Entidad Estatal debe continuar con su análisis en el proceso de evaluación de ofertas.
PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMPATE	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 aplicara lo contemplado en el artículo 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad por lo dispuesto en la Ley 2069 del 31 de diciembre de 2020, reglamentada por el Decreto 1860 de diciembre de 2021, siempre y cuando se surtan todas las evaluaciones y se evidencie el empate para los oferentes. **NOTA:** en caso de no lograrse el desempate se dará aplicabilidad al numeral 12, **artículo 35, factores de desempate, del Decreto 1860 de diciembre de 2021,** *notificando a los comités evaluadores del proceso (técnicos, jurídicos y economicos), quienes verificaran y evaluaran las condiciones allí contempladas de habilitación y cumplimiento.* Cuando persiste el empate, la entidad tiene a bien desempatar entre las entidades empataadas el método de BALOTAS, con las cuales realizara de la siguiente forma así: • La Administración dispondrá de balotas debidamente numeradas. • La numeración de las balotas iniciará en el número 1 y continuarán numeradas en orden ascendente. • El delegado, en presencia de todos los oferentes que se encuentren empatados en puntos, introducirá las balotas numeradas en una bolsa de color negro. • El número de balotas introducidas será el doble al número de oferentes empatados en puntos. • Al momento de esta diligencia los oferentes deberán acreditar la facultad legal para participar en el mismo, ya sea por ser el proponente, su representante legal, por estar debidamente autorizado por éste último mediante poder para actuar a su nombre.

	• La participación para tomar la balota de la bolsa se hará en orden alfabético, teniendo en cuenta la primera letra del primer apellido o de la razón social del oferente, sea éste persona natural, jurídica, consorcio o unión temporal. • Una vez el oferente tome la balota de la bolsa la tendrá en su poder sin hacer público el número sacado, hasta tanto no hayan tomado la balota todos los participantes. • Posterior a esto, se hará pública la numeración de las balotas que los oferentes tienen en su poder. • El empate se resolverá a favor del proponente que haya sacado la balota marcada con el mayor número. • De la presente diligencia se levantará la respectiva acta, con la firma de todos los participantes
INFORMACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.
ANÁLISIS DE GARANTÍAS: TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL RIESGO	Se encuentra descrito en el Anexo ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.
FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	El procedimiento de adjudicación se realizará en forma **PARCIAL** en el caso que sea adjudicado a cada uno de los grupos. a los oferentes que hayan ofrecido el mayor porcentaje de descuento para el presente proceso. siempre que cumpla con las condiciones establecidas en la invitación a participar en procesos de mínima cuantía. En caso de que éste no cumpla con los mismos. procederá la verificación del proponente ubicado en segundo lugar con el mayor porcentaje de descuento y así sucesivamente. Lo anterior según lo dispuesto en el numeral 5 artículo 2 de la Ley 1150 de 2007. así como el numeral 4 del Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015. De no quedar ningún oferente habilitado se declarará desierto el proceso. mediante acto administrativo motivado que se publicará en el SECOP II. atendiendo lo dispuesto en el numeral 18 del Artículo 25. numeral 9 del Artículo 30 de la Ley 80 de 1993.
SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO ADJUDICADO	Si el proponente, sin justa causa se abstuviera de suscribir el contrato de adjudicado queda inhabilitado para contratar con el Estado por un término de cinco (5) años de conformidad con el literal e) del numeral 1 del artículo 8 de la Ley 80 de 1993.
VIGENCIA DE LA OFERTA	La vigencia de la oferta será de cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha de cierre del proceso
INDISPONIBILIDAD EN LAS PLATAFORMAS SECOP II	Una indisponibilidad es aquella que afecta la presentación de las ofertas, la presentación de manifestación de interés, la elaboración o aplicación de Adendas en el SECOP II o la realización de la subasta, cuando la indisponibilidad se presenta de las cuatro (4) últimas horas previstas para el evento correspondiente o durante la realización de una subasta. Los certificados de indisponibilidad son publicados en la página WEB COLOMBIA COMPRA EFICIENTE en un plazo máximo de 24 horas en ttps://www.colombiacompra.gov.co/soporte **INSTRUCCIONES PARA LOS PROVEEDORES**

	En caso que no pueda acceder al SECOP II o exista alguna indisponibilidad para crear o enviar su oferta, llame a la mesa de servicio de Colombia compra eficiente e informe sobre una posible indisponibilidad del SECOP II, los teléfonos de la mesa de servicio son: 7456788 en Bogotá y 01800 520808 para el resto del país. Envié antes de la hora límite para presentar las ofertas un correo electrónico a la Entidad Estatal informando esta situación, el número del proceso y el nombre del usuario de la plataforma y la cuenta del proponente que quiere presentar la oferta. El correo de la entidad Estatal debe ser el indicado para el efecto en los documentos del proceso o el correo electrónico para notificaciones judiciales de la Entidad Estatal el cual será: disan.rases8-gco@policia.gov.co Si Colombia compra eficiente confirma la indisponibilidad del SECOP dentro de las 24 horas siguientes al cierre del proceso de contratación puede presentar su oferta por correo electrónico dentro de las 48 horas siguientes al cierre. Cualquier persona puede solicitar a la entidad Estatal el rechazo de la oferta externa publicadas por la entidad Estatal que no haya aplicado el procedimiento aquí indicado o enviadas por correo electrónico de proveedores que no se haya inscrito previamente al proceso de contratación.

2 . PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Considerando que una de las funciones de Colombia Compra Eficiente es desarrollar y administrar el Sistema Electrónico para la Contratación Pública –SECOP-, implementar nuevos desarrollos tecnológicos e integrar el SECOP con los sistemas electrónicos de gestión de administración pública, según lo establecido en el Articulo 2, artículo 3 numeral 8 y artículo 13 numerales 7 y 8 del Decreto Ley 4170 de 2011; y que el SECOP II es el sistema que Colombia Compra Eficiente ofrece a las Entidades Estatales, al sector privado y a la ciudadanía en general para adelantar el Proceso de Contratación en línea, la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 únicamente recibirá propuestas a través de la citada plataforma, con el fin de obtener mayor eficiencia y transferencia y reduciendo los costos de transacción.

La oferta deberá presentarse conforme lo establece Colombia Compra Eficiente a través del SECOP II; en donde corresponde al oferente tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. El idioma del presente proceso de selección será el castellano y por lo tanto, se solicita que todos los documentos y certificaciones a los que se refiere esta INVITACIÓN emitidos en idioma diferente al castellano, sean presentados en su idioma original y en traducción simple al castellano.

2. Con el fin de ingresar los datos al Sistema Integral de Información Financiera "SIIF", los Proponentes que participen en este proceso de selección diligenciarán el Formulario No 2 denominado "Datos Básicos Beneficiario Cuenta"

2.1. REQUISITOS HABILITANTES

2.1.1. REQUISITOS DE ORDEN JURÍDICO

El proponente deberá incluir los documentos de verificación habilitantes que se relacionan a continuación:

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 1 "Carta de Presentación de la Propuesta" y será firmada por el proponente o apoderado, si a ello hubiere lugar. Si la propuesta es presentada por una persona jurídica, en Unión Temporal o Consorcio, deberá venir suscrita

por el representante legal para el caso de las personas jurídicas debidamente facultado en los términos de ley, y para los Consorcios y Uniones Temporales, el Representante designado.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Persona Natural. Deberá presentar un Certificado de Inscripción en el Registro Mercantil expedido por la Cámara de Comercio en donde conste la determinación de su actividad. Este certificado debe tener fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.
NOTA. Con excepción a las personas que ejercen prestación de servicios inherentes a las profesiones liberales de conformidad con el Numeral 5 del Art. 23 del Código de Comercio.

Persona Natural de Origen Extranjero. Deberá presentar un documento emitido por la autoridad competente en el país de su domicilio y expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, actividad y vigencia.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y posibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 251 del Código General del Proceso, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 DE LA POLICÍA NACIONAL ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Persona Jurídica Nacional. Las personas jurídicas deberán cumplir al momento de presentación de la propuesta con los siguientes requisitos:

- Acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del original del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio de su domicilio social o la autoridad competente, con fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.
- Acreditar un término mínimo de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.
- Acreditar la suficiencia de la capacidad del Representante Legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el Representante Legal tenga limitaciones estatutarias. Se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del Órgano Social correspondiente que autorice al Representante Legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato, y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.
- Acreditar que el objeto social principal de la sociedad se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

Personas jurídicas públicas o privadas de origen extranjero: Para los efectos previstos en este numeral se consideran personas jurídicas públicas o privadas de origen extranjero las sociedades que no hayan sido constituidas de acuerdo con la legislación nacional, sea que tengan o no domicilio en Colombia a través de sucursales.

Las propuestas de personas jurídicas de origen extranjero se someterán en todo caso a la legislación colombiana, sin perjuicio de lo cual, para su participación deberán cumplir con las siguientes condiciones:

Personas jurídicas de origen extranjero con sucursal en Colombia:

- Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.
- Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.
- Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.
- Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

Personas jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia:

- Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.
- Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.
- Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.
- Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y posibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 251 del Código General del Proceso, y las demás normas vigentes. **SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 DE LA POLICÍA NACIONAL ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.**

Apoderado: Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los

documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con el presente pliego de condiciones, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

El poder que otorga las facultades, en caso de ser expedido en el exterior, deberá cumplir todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y posibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 251 del Código General del Proceso y demás normas vigentes. **SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 DE LA POLICÍA NACIONAL ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.**

Dicho apoderado podrá ser el mismo apoderado único para el caso de personas extranjeras que participen en Consorcio o Unión Temporal, y en tal caso bastará para todos los efectos, la presentación del poder común otorgado por todos los participantes del Consorcio o Unión Temporal.

Los documentos otorgados en el exterior para ser considerados como idóneos para su validez y oponibilidad en Colombia deben cumplir con los siguientes requisitos:

APOSTILLA: del documento en el evento, en que el país en donde fue expedido haga parte del Convenio de la Haya de 1961 sobre la supresión de la exigencia de legalización de documentos públicos extranjeros, en los términos señalados en la Ley 455 de 1998 y en el Decreto 106 de 2001 y según circular 17 de Colombia Compra Eficiente del 11 de febrero de 2015.

"Las Entidades Estatales solamente pueden exigir la legalización de acuerdo con la Convención de la Apostilla o la consularización de documentos públicos otorgados en el extranjero. Este tipo de legalización no es procedente para los documentos privados.
Cuando en un Proceso de Contratación un proponente presenta un documento público legalizado de acuerdo con la Convención de la Apostilla, la Entidad Estatal no debe solicitar legalizaciones, autenticaciones o ratificaciones adicionales de ninguna autoridad nacional o extranjera, puesto que el trámite de la Apostilla es suficiente para certificar por sí mismo la autenticidad.

De acuerdo con el Manual para el Funcionamiento Práctico de la Convención de la Apostilla1, el país de origen del documento puede tener una autoridad que verifica y certifica ciertos documentos públicos (autoridad intermedia) y otra autoridad centralizadora que es quien emite la Apostilla. En consecuencia, las Entidades Estatales deben aceptar la Apostilla expedida por la autoridad centralizadora correspondiente.

AUTORIZACION DE LA JUNTA DIRECTIVA U ORGANO COMPETENTE

Cuando el representante legal del proponente (persona jurídica) tenga restricciones para contraer obligaciones en nombre de la misma, deberá adjuntar el documento de autorización expresa del órgano social competente de acuerdo a los estatutos (órgano debidamente registrado ante Cámara de Comercio respectiva), en el cual conste que está facultado para presentar la oferta y firmar el contrato hasta por el valor del presupuesto total del presente proceso y las adiciones que pudieren realizarse.

Para otorgar esta autorización, el órgano competente debe reunirse, facultar al representante legal para presentar la propuesta o celebrar el contrato y acreditar la autorización mediante un acta.

En el caso de los consorcios y uniones temporales, el representante legal de cada una de las personas jurídicas que los integren y lo requiera, deberá contar con dicha autorización, también hasta el valor del presupuesto oficial total, teniendo en cuenta que la responsabilidad de todos sus integrantes es solidaria, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993 y en los artículos 1568, 1569 y 1571 del Código Civil.

Si se trata de apoderado, el proponente deberá anexar el poder respectivo en el cual cuente con amplias facultades para presentar oferta y suscribir el contrato.

CONSULARIZACIÓN O LEGALIZACIÓN: en el caso que el documento sea expedido en un país no signatario del Convenio antes indicado, dichos documentos para que puedan obrar como prueba deberán cumplir con lo dispuesto en el artículo 251 Código General del Proceso, y las demás normas vigentes. **SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, DE MANERA QUE, PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA, LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 DE LA POLICÍA NACIONAL ACEPTARÁ FOTOCOPIAS SIMPLES**.

Teniendo en cuenta lo establecido en el numeral primero de la Circular Externa No. 17 del 11 de febrero de 2015 expedida por Colombia Compra Eficiente, con respecto al apostilleré y consularización de documentos públicos, la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 solamente exigirá la legalización de acuerdo con la Convención de la Apostilla o la consularización de documentos públicos otorgados en el extranjero. Este tipo de legalización no es procedente para los documentos privados. Cuando en un Proceso de Contratación un proponente presente un documento público legalizado de acuerdo con la Convención de la Apostilla, la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 no solicitará legalizaciones, autenticaciones o ratificaciones adicionales de ninguna autoridad nacional o extranjera, puesto que el trámite de la Apostilla es suficiente para certificar por sí mismo la autenticidad.
De acuerdo con el Manual para el Funcionamiento Práctico de la Convención de la Apostilla, el país de origen del documento puede tener una autoridad que verificará y certificará ciertos documentos públicos (autoridad intermedia) y otra autoridad centralizadora que es quien emite la Apostilla. En consecuencia, la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 aceptará la Apostilla expedida por la autoridad centralizadora correspondiente.

PROPUESTAS CONJUNTAS

Podrán participar Consorcios y Uniones Temporales, para lo cual se deberán cumplir los siguientes requisitos:

Acreditar la existencia del Consorcio o de la Unión Temporal, y específicamente la circunstancia de tratarse de uno u otro, lo cual deberá declararse de manera expresa en el acuerdo de asociación correspondiente, señalando las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos, los términos, actividades, condiciones y participación porcentual de los miembros del Consorcio en la Unión Temporal en la propuesta y en la ejecución de las obligaciones atribuidas al contratista por el contrato ofrecido.

Para los eventos previstos en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el Proponente deberá indicar en el documento de conformación si su propuesta se formula a título de Consorcio o Unión Temporal, para lo cual deberá cumplir con lo siguiente:

Indicar el tipo de asociación de que se trate: Consorcio o Unión Temporal; si se trata de Unión Temporal, sus miembros deberán señalar en la Propuesta la extensión (actividades y porcentaje) de su participación en la misma y en su ejecución, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8. La omisión de este señalamiento, hará que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8, tome la propuesta como presentada por un Consorcio para todos los efectos.

Acreditar un término mínimo de duración del Consorcio o de la Unión Temporal hasta la liquidación del contrato.

Acreditar la existencia, representación legal y capacidad legal y capacidad jurídica de las personas jurídicas consorciadas o asociadas en Unión Temporal, y la capacidad de sus representantes para la constitución del consorcio o Unión Temporal, así como de la propuesta para la presentación, celebración y ejecución del contrato.
Acreditar que cada una de las personas jurídicas integrantes del consorcio o unión temporal tiene un término mínimo de veintiséis (26) meses de vigencia, contados a partir del vencimiento del plazo de la vigencia.

La designación de un representante que deberá estar facultado para actuar en nombre y representación del Consorcio o Unión Temporal. Igualmente deberá designar un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.
Los requisitos relacionados con la existencia, representación legal y duración de los consorcios o uniones temporales, deberán acreditarse mediante la presentación del documento consorcial o de constitución de la unión temporal en el que se consignen los acuerdos y la información requerida.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación y capacidad jurídica de cada uno de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal, respecto de las personas jurídicas o naturales que se asocien en consorcio o en unión temporal para la presentación de la propuesta, deberán acreditarse conforme se indica en los numerales respectivos de la Invitación Pública a presentar Oferta.

En todos los casos de propuestas presentadas por dos o más personas naturales y/o jurídicas, en las que no se exprese de manera clara y explícita la clase de asociación que se constituye (Consorcio o Unión Temporal), se presumirá la intención de concurrir al proceso de selección en consorcio, con los efectos y consecuencias que dicha forma de asociación conlleve para los proponentes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

Una vez el Contrato sea adjudicado al Consorcio o Unión Temporal y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación, éste debe presentar el Nit del Consorcio o Unión Temporal.

BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES
La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
La Policía Nacional - Regional de Aseguramiento en Salud No.8 consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.
NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES
La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8,** consultará **el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES**, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)
La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8, consultará **el REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)**, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES
Que según lo establecido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, determina lo siguiente:

Artículo 114-1. Exoneración de Aportes. Estarán exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y 29 complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Así mismo las personas naturales empleadoras estarán exoneradas de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados efectuar los aportes de que trata este inciso.

Los consorcios, uniones temporales y patrimonios autónomos empleadores en los cuales la totalidad de sus miembros estén exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de acuerdo con los incisos anteriores y estén

exonerados del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud de acuerdo con el inciso anterior o con el parágrafo 4° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, estarán exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Sena y el ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

PARÁGRAFO 1. Los empleadores de trabajadores que devenguen diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes o más, sean o no sujetos pasivos del Impuesto sobre la Renta y Complementarios seguirán obligados a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y los pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 70 de la Ley 21 de 1982, los artículos 2° y 3° de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1° de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables.

PARÁGRAFO 2. Las entidades calificadas en el Régimen Tributario Especial (fundaciones y sociedades sin ánimo de lucro) estarán obligadas a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y las pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo r de la Ley 21 de 1982, los artículos 2° y 3° de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1° de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables.

PARÁGRAFO 3. Los contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios (Sociedades declaradas como zonas francas y entidades sin ánimo de lucro) que liquiden el impuesto a la tarifa prevista en el inciso 1° del artículo 240-1 tendrán derecho a la exoneración de que trata este artículo.

PARÁGRAFO 4. Los contribuyentes que tengan rentas gravadas a cualquiera de las tarifas de que tratan los parágrafos 1, 2, 3 Y4 del artículo 240 del Estatuto Tributario, y el inciso 1° del artículo 240-1 del Estatuto Tributario (empresas industriales y comerciales del Estado, las sociedades de economía mixta del orden Departamental, Municipal y Distrital, en las cuales la participación del Estado sea superior del 90% que ejerzan los monopolios de suerte y azar y de licores y alcoholes, Las personas jurídicas contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios y empresas editoriales constituidas en Colombia como personas jurídicas), tendrán derecho a la exoneración de aportes de que trata este artículo siempre que liquiden el impuesto a las tarifas previstas en las normas citadas. Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en el parágrafo 3° del artículo 240-1.

PARÁGRAFO 5. Las Instituciones de Educación Superior públicas no están obligadas a efectuar aportes para el Servicio Nacional de Aprendizaje.

Por último, vale precisar que los aportes a las cajas de compensación familiar se deben seguir haciendo por todos los empleadores y por todos sus trabajadores, puesto que frente a ellos ni la ley 1607 de 2012 ni la ley 1819 de 2016 contemplaron exoneración alguna. La exoneración aplica únicamente para los aportes al SENA e ICBF y las contribuciones al sistema de salud en los términos del artículo 114-1 del estatuto tributario."

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de fiscalización y control de la Administración Tributaria Nacional y de las demás entidades competentes para constatar la correcta aplicación de las disposiciones legales que rigen las materias previstas en este decreto.

El futuro proponente deberá presentar junto con su oferta certificación debidamente firmada por el representante legal de la entidad donde acredite el pago y que se encuentra a paz y salvo por concepto de los aportes parafiscales, en todo caso deberá anexar las ultimas 6 planillas de pago debidamente canceladas. En el evento que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de constitución.

En caso de ofertas conjuntas, cada uno de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal debe allegar este documento.

Las personas naturales lo harán de conformidad con lo establecido en el Artículo 9 de la Ley 828 de 2003

La información presentada en desarrollo del presente numeral, se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad.

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS.
El proponente deberá manifestar expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio del proponente, y de cada uno de sus integrantes, cuando sea el caso, que empleará para el desarrollo del contrato, provienen de actividades lícitas, Formulario No. 4.

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN
El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del formulario No. 3 y entregarlo con la oferta.

FOTOCOPIA DE CEDULA DE CIUDADANÍA
El proponente deberá adjuntar fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal o de la persona natural que presenta la oferta.

CERTIFICADO REDAM
El proponente (persona natural o el representante legal de la persona jurídica) deberá aportar con su propuesta el certificado de **Registro de DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM**, vigente a la fecha del cierre de la oferta, entendido este como el documento que expide gratuitamente el **REDAM** sobre la condición o no de deudor alimentario moroso de una persona, como consecuencia de su inclusión o cancelación en el registro. Para el caso de las uniones temporales o consorcios o sociedades con objeto único, deberá aportar el certificado del representante legal de cada uno de sus integrantes.

FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD
El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del FORMULARIO NO. 5 y entregarlo con la oferta.

FORMATO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD
El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del FORMULARIO NO.8 y entregarlo con la oferta

2.1.2. REQUISITOS DE ORDEN ECONÓMICO.

- Anexo No. 3 Oferta Económica. (El verificador económico anexará el cuadro aplicando el porcentaje de descuento a los ítems ofertados, determinando y así el valor del contrato).
- Formato de sostenibilidad de Precios (Anexo No. 6)
- Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario actualizado de acuerdo con la Resolución 000114 del 21 de diciembre de 2020 expedida por la DIAN.
- Certificación Bancaria vigente, con expedición no superior a 30 días.
- Datos básicos beneficiario cuenta (diligenciar formulario No 2)

2.1.3. REQUISITOS DE ORDEN TÉCNICO

- Diligenciamiento del Anexo 1 especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento CUMPLE / NO CUMPLE (el verificador técnico deberá anexar el cuadro donde determine con número de folios donde cumple conforme a las características técnicas mínimas habilitantes y condiciones específicas con el fin de determinar si cumple o no).
- Anexar documentos que certifiquen la experiencia del proponente conforme al Anexo 1 CUMPLE / NO CUMPLE (el verificador técnico deberá anexar el cuadro donde determine las sociedades y valores de la experiencia del proponente con el fin de determinar si cumple o no).

CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	La establecida en el portal único de contratación estatal www.colombiacompra.gov.co – SECOP II.
Entrega de propuestas	La establecida en el portal único de contratación estatal www.colombiacompra.gov.co – SECOP II.
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	La establecida en el portal único de contratación estatal www.colombiacompra.gov.co – SECOP II.
Publicación para Observaciones y Presentación de Documentos Habilitantes	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas.
Notificación de aceptación de oferta.	La establecida en el portal único de contratación estatal www.colombiacompra.gov.co – SECOP II.

NOTA 1: La validez de la oferta será según cronograma SECOP II, contados a partir de la fecha de presentación de la misma.

NOTA 2: De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

ANEXOS, FORMATOS Y FORMULARIOS

DOCUMENTO	NOMBRE DOCUMENTO	OBSERVACIÓN
ANEXO 1	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACION Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA COMO CUMPLE O NO CUMPLE
ANEXO 2	INFORMATIVO PRECIO TECHO	DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO DEBE SER MODIFICADO POR LOS OFERENTES SO PENA RECHAZO DE LA OFERTA. .
ANEXO 3	OFERTA ECONÓMICA PARA LOS DOS GRUPOS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA Y NO DEBE SUPERAR LOS PRECIOS TECHOS ESTABLECIDOS, .
ANEXO 4	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 5	OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 6	SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA .
ANEXO 7	TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS, ASIGNACIÓN DE RIESGOS	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 8	FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA .
ANEXO 9	CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 1	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .
FORMULARIO 2	DATOS BENEFICIARIO DE LA CUENTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .
FORMULARIO 3	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .
FORMULARIO 4	ORIGEN LICITO DE LOS RECURSOS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .

FORMULARIO 5	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA.
FORMULARIO 6	COMPROMISO AMBIENTAL	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .
FORMULARIO 7	CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .
FORMULARIO 8	CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .
FORMULARIO 9	FORMATO RECURSO HUMANO	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE SE SOLICITA .
FORMULARIO 10	FORMATO DE VISITA TECNICA	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO - EVALUADOR TECNICO
FORMULARIO 11	FORMATO DECRETO 441	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO

"SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE"

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 850 de 2003, se convoca a todas las veedurías ciudadanas, asociaciones de retiro de la Policía Nacional y entes de control para que participen en la etapa precontractual, contractual y Pos-contractual del presente proceso de contratación de conformidad con lo establecido en el artículo 66 de la Ley 80 de 1993.

Se informa a los interesados, que la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 de la Policía Nacional, adelantará la Presente Invitación Publica y para ello suministra la siguiente información básica, con el fin de convocarlos a participar en el mismo.

Los estudios previos y la Invitación Publica podrán ser consultados a través de la **plataforma** del **SECOP II**. Para ello el interesado deberá estar registrado en dicha plataforma y contar con usuario y contraseña de acceso.

Atentamente;

Teniente Coronel **IVÁN DARÍO RUIZ VELASCO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No8

Elaboró: PT MARITZA VASQUEZ PEREZ
Analista de Contratos RASES 8 (E)

Revisó y Aprobó: CPS: MARIA DE LA CRUZ MORON
Asesora Jurídica contratos RASES8

Revisó y Aprobó: IT CRISTIAN VEGA DUARTE
Jefe de Contratos RASES No.8 (E)

Revisó y Aprobó: MY JAVIER MARTINEZ CARDENAS
Jefe logístico y financiero RASES N.8 (E)

Revisó y Aprobó: CPS JESUS DAVID PORTO HERRERA
Asesor Jurídico Rases 8

ANEXO No. 1
CONDICIONES TECNICAS

NOTA INFORMATIVA:

EL OFERENTE PARA EL GRUPO I: Deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de especificaciones técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el comité técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

Así mismo, el oferente deberá aportar las certificaciones solicitadas y establecidas en las condiciones técnicas. las cuales servirán de soporte en el cumplimiento de las obligaciones del objeto que se pretende contratar

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>DESCRICIÒN DEL SERVICIO</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td>1</td><td>HABILITACIÓN: En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015 y la Resolución 3100 de 2019 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Oferente garantizara que se encuentra debidamente inscrito, habilitado y vigente en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Precisando que las actividades de toma de muestras se ejecutarán estrictamente en la jurisdicción territorial exigida por el contrato en la ciudad de Barranquilla y su área metropolitana, mientras que el procesamiento analítico de las mismas se centralizará de forma segura en las sedes e infraestructura técnica del laboratorio que obran formalmente habilitadas y autorizadas en el REPS, adjuntando para ello las certificaciones que respaldan la operación legal de ambos servicios.

<table>
<tr><th>NOMBRE SERVICIO</th><th>CODIGO</th><th>NOMBRE</th></tr>
<tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td><td>706</td><td>LABORATORIO CLÍNICO</td></tr>
<tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td><td>712</td><td>TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO</td></tr>
</table>
El Decreto 1011/2006. compilado en el Decreto 780 de 2016. establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación. el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes".

En el evento en que no se pueda mantener la habilitación. la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante. quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

Nota: El comité evaluador técnico deberá verificar que el proponente cuenta con el servicio ofertado debidamente habilitado en el Registro Especial de Prestadores (REPS). así como la capacidad instalada para su adecuada prestación de acuerdo a los estándares de habilitación que indica la Resolución 3100 del 2019.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>El oferente deberá ofrecer un mecanismo de consulta y comunicación relacionada con la oportunidad de entrega de los resultados. lo cual será consultada en el portafolio de servicio y a su vez en el momento de la toma de muestra ambulatoria.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>CAPACIDAD OPERATIVA: El oferente deberá certificar que cuenta con la infraestructura. equipos y recursos humanos necesarios e idóneos para la prestación del servicio en las sedes. en cuya dirección oferto en su propuesta. de los cuales deben estar debidamente habilitados en el Ministerio de Salud y Protección Social (Diligenciamiento de formulario capacidad operativa y administrativa).

El Decreto 1011/2006. compilado en el Decreto 780 de 2016. establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación. el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes".</td><td></td><td></td></tr>
</table>

4	**ADICION DE SERVICIOS:** En caso de requerir uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados. que guarden relación con el objeto contractual o que sea ordenado por falla de tutela o el Equipo interdisciplinario de Profesionales de la Salud (EIPS) y que se encuentre dentro del portafolio de servicios de la entidad. las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato allegara mínimo dos (2) cotizaciones. con el fin de determinar el precio o valor **más económico** que se utilizara como precio de referencia para la modificación. - Una vez determinado el menor valor cotizado el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación; aplicando la tarifa de descuento pactada en el contrato. - Con la aceptación por parte del contratista. el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. **NOTA:** En caso tal. que él (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que en la REPS estén habilitadas para prestar el servicio requerido y por alguna razón ajena a su voluntad. solo se allega una cotización. se tomará esta como referente de lo cual se debe se dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
5.	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** El oferente deberá acreditar la experiencia a través de **certificaciones** debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado a cada grupo del presente proceso. Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante. objeto del contrato. número del contrato. valor del contrato. plazo. fechas de inicio y finalización. nombre del oferente (oferente). Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal. para la verificación. se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal. para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal. donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA 1**: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8. este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado. el año de celebración y el valor adjudicado. para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8. verificará la información según lo señalado en el **Decreto 019 de 2012.**		
6.	El oferente deberá suministrar los insumos y embalaje de las muestras entre ellos los medios de transporte viral. medios de conservación de muestras. a su vez se compromete que el transporte de las muestras tomadas desde el Laboratorio Clínico del Establecimiento de Sanidad Policial Complementario – Unidad Prestadora de Salud Atlántico hasta el lugar de su procesamiento sin generar un sobrecosto por estos concepto.		
7	**PERSONAS ENLACE:** una vez inicie el contrato debe informar al supervisor del contrato los datos de la persona de enlace con la finalidad de resolver y dar respuesta a las peticiones. quejas y/o reclamos presentados por los usuarios del subsistema de salud de la Regional de Aseguramiento en salud No 8. Nombre Completo_____ Teléfonos_____ Correo electrónico_____		
8	El oferente durante la ejecución del contrato deberá reportar los datos críticos al supervisor del contrato para manejo oportuno. al sistema de Vigilancia Epidemiológica.		
9	El oferente deberá brindar jornada de actualización al personal de laboratorio Clínico, medico y/o enfermería en temas relacionados con la atención de pacientes en el laboratorio cada cuatro (4) meses durante la ejecución del contrato.		
10	El oferente se compromete recibir la auditoria de calidad durante la ejecución del contrato con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual.		
11	Reportar al **área de garantía de la Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8.** el reporte mensual de los indicadores. de conformidad a la Resolución 1446 de 2006 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" en lo referente a los Indicadores de calidad en la prestación de servicios. definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC. El correo para envío será notificado por parte del supervisor del contrato. una vez se notifique del mismo.		
12	**INFORMAR EJECUCIÓN DEL CONTRATO (PORCENTAJES DE EJECUCIÓN):** El oferente se compromete a entregar de manera mensual el reporte de ejecución del contrato al supervisor del mismo. e informar. de manera inmediata cuando el contrato se haya ejecutado en los siguientes porcentajes:		

	En un cincuenta por ciento (50%) En un setenta por ciento (70%) En el noventa por ciento (90%) Esto con el fin de realizar los respectivos trámites administrativos tendientes a garantizar la prestación del servicio a contratar. La comunicación oficial deberá contener la siguiente información: Valor ejecutado a la fecha que se haya pagado con información al porcentaje que corresponde / valor radicado pendiente de pago - con información al porcentaje que corresponde / Valor pendiente por radicar - con información al porcentaje que corresponde / Valor pendiente por ejecutar - con información al porcentaje que corresponde		
13	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8. que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato **NO CONTINUARÁ PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2). los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones. serán asumidos por el contratista.		
14	**CERTIFICACION DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO** El oferente deberá ACREDITAR mediante el ANEXO: **FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO**, POR CADA PROFESIONAL; debidamente diligenciado y firmado por su representante legal. el cual será verificado. **DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA OFERTA**. Así mismo; se. compromete que durante la ejecución del contrato pondrá a disposición en desarrollo de las actividades contratadas el personal mínimo establecido en las siguientes tablas denominadas así: - RECURSO HUMANO MÍNIMO – ESPECIALIDADES: Cuya verificación se realizará a través Inscripción en el RETHUS **OFERTAR EL RECURSO HUMANO:** **RECURSO HUMANO MÍNIMO** / **CANTIDAD** BACTERIOLOGO / 1 AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO / 1 Para el cumplimiento de lo anterior. el contratista aportará junto con su oferta lo siguiente: • El Anexo **FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO** debidamente diligenciado por cada profesional. • El personal debe estar registrado en el RETHUS. Una vez iniciada la ejecución del contrato deberá allegar del personal la siguiente documentación: • Fotocopia del Título de educación profesional (pregrado). especialidad y/o su certificación de Homologación y/o Convalidación del título. si fue obtenido (a) en el exterior. **NOTA**: para el personal profesional. especialista o subespecialista (según corresponda) fotocopia de la tarjeta profesional. **NOTA:** El supervisor del contrato verificará durante la ejecución del contrato. la idoneidad del personal profesional contratado en aras de garantizar la idoneidad para una óptima prestación de servicio. de igual forma que el futuro contratista garantice la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la especialidad ofertada. sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato.		
15	**COMPROMISO AMBIENTAL:** El oferente deberá diligencia el *formulario de compromiso ambiental*. donde se deberá comprometer a realizar buenas prácticas ambientales. en cumplimiento a la legislación ambiental colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final. durante la ejecución del futuro contrato.		
16	**PROGRAMA DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS** El contratista debe **CERTIFICAR** que se compromete a cumplir con el programa de ***GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS*** regulados mediante la presente normatividad:		

	• ***Ley 1252 de 2008*** *"Por medio de la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos o desechos peligrosos".* • ***Resolución 591 del 2024*** *"Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades".* • **Decreto 1076 de 2015** *"Por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible"* • **Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019** *"Por la cual se modifica la resolución 668 de 12016 sobre el uso racional de las bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones".* **Decreto 351 del 19 de febrero de 2014 compilado en el Decreto 780 de 2016** *"Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.*		
17	El oferente deberá entregar junto con la propuesta diligenciado el formulario de compromiso SGSST firmado por el representante legal de la empresa. anexo al presente estudio previo.		
18	**Ejecución contractual y Radicación de factura** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No 8 – Unidad Prestadora de Salud Atlántico que una vez ejecutado el 100% del presupuesto del presente contrato. NO continuará prestando los servicios de salud. SALVO. que se trate de caso de urgencias debidamente justificadas. de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (Atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias. en sólo triage 1 y/o 2). Los servicios prestados por fuera del contrato. que no cumplan con estas condiciones; no son compromisos de la unidad prestadora de salud Atlántico éstos serán asumidos por el oferente. Cabe resaltar que en este caso. el Contratante no será responsable si el futuro oferente realiza una **sobre ejecución del contrato** por la demora en el proceso de radicación de facturas. las cuales deberán realizarse de manera mensual (los primeros cinco (5) días de cada mes). conforme a la prestación de los servicios generados en el mes inmediatamente anterior. por lo tanto. El OFERENTE se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional - Regional de Aseguramiento de Salud N° 8 - Unidad Prestadora de Salud Atlántico. de cualquier reclamación proveniente por una eventual sobre ejecución.		
19	El oferente por ningún medio solicitará a los usuarios del SSPN dinero para el PAGO o COPAGO de servicios de salud. La IPS ordenará medicamento pertinente. servicio o procedimiento. acorde a las GPC o protocolos establecidos. y aquellas contempladas en el Acuerdo 093 del 08 de octubre 2025 (Plan de Servicios y Tecnología en Salud del Subsistema de la Policía Nacional) y llegado el caso el servicio no esté incluido en dicho plan. se debe diligenciar para presentar al EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales en Salud) el formato del anexo 1 y anexo 6 servicios y/o tecnologías respectivamente de la Resolución 593 del 13 de diciembre de 2023 de DISAN.		
20	Los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**. generados durante la prestación de un servicio. correrán por cuenta del prestador; cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del oferente. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 *"por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecno vigilancia de Ministerio De La Protección Socia. así: "Daño no intencionado al paciente. que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico"*. El responsable de Garantía de la Calidad en Salud en la regional programará visitas. mínimo una mensual. para verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Resolución 134 del 10 de mayo del 2021- artículo 20).		
21	**SUMINISTRO DE HISTORIA CLINICA PARA PROCESO DE AUDITORIA Y/O TRANSCRIPCION DE INCAPACIDADES** Cuando por casos de requerimientos judiciales. inconformidades. quejas. reclamos y/o trámites de auditoría y verificación de la atención en la red contratada. se requiera acceder y verificar la atención de los usuarios; la entidad proporcionará usuario de acceso a la plataforma de atención; o. en su defecto si no cuenta con dicha plataforma. remitirá soportes de la atención requerida al correo institucional del proceso de auditoría que lo requiera. Lo anterior con el fin de garantizar el proceso de Contra referencia y registro de atenciones de red externa en el aplicativo institucional SISAP. El oferente se compromete a remitir dentro de las 48 siguientes a la solicitud. los soportes requeridos dentro del proceso de auditoría médica.		
22	**FUNCIONARIO PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS:** El oferente designará un funcionario; quien se encargará de interactuar con el responsable de atención al usuario del asegurador, responsable de Redes integrales y de referencia y contra referencia para asignar citas de procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre:		

	Cargo: Teléfonos: Correo electrónico: Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contra referencia de usuarios. programación de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico y todos aquellos que se presenten durante la ejecución del contrato.		
23	**ATENCIÓN INTRAMURAL** La prestación de los servicios objeto del presente proceso se debe prestar bajo la MODALIDAD INTRAMURAL POR CUANTO NO SE PODRÁ DERIVAR a los usuarios a realizar trámites de agendamiento a otras instituciones diferente a la Contratada. Así mismo. los usuarios no tendrán que realizar trámites administrativos; como gestión de voucher. recibos de caja. entre otros. con el fin de efectuar la admisión para la atención; siendo la orden de autorización emitida por la oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8-UPRES DEATA. el único soporte que avala la certificación de autorización para la prestación en la red externa contratada.		
24	**LINEAMIENTOS DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS:** El contratista certifico que acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable. en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014. del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen. reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad. seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
25	**CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:** **El contratista certifico**: Que dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual. el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud. adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación. sustracción. divulgación. alteración. ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. Que sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata. se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes. no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso. y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables. de acuerdo con las circunstancias del caso. a fin de mantener su carácter confidencial. De igual forma se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física. lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor. información contenida en los sistemas de información. documentación física. archivos digitales. información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial		
26	**CERTIFICACION PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN** El oferente deberá cumplir de acuerdo a las especificaciones del *MINISTERIO DE SALUD*. con un proceso dinámico y continuo que garantice la asepsia de las áreas de atención en salud. cumpliendo con protocolos de limpieza. cronogramas y actividades que permitan la eliminación de microorganismos patógenos y garanticen la atención de nuestros pacientes. **ANEXAR CERTIFICACIÓN** firmada por el representante legal de su cumplimiento.		
27	**CERTIFICACION SUMINISTRO DE AGUA POTABLE** El oferente deberá garantizar la distribución y consumo de agua potable dentro de sus instalaciones para la prestación de servicios de salud cumpliendo con los parámetros establecidos por el *Decreto N° 1575 2007* y la *Resolución 2115 de 2007*. **ANEXAR CERTIFICACIÓN** firmada por el representante legal de su cumplimiento.		
28	La Unidad Prestadora de Salud Atlántico 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.		

	Durante la visita se realizará registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité. la entidad deberá certificar que autoriza la realización de la visita y la realización del registro fotográfico. también informará la persona con la que se coordinará la visita a la entidad. Nombre: Cédula: Cargo:		
29	El oferente deberá certificar la oportunidad de entrega de resultados de laboratorio: - Exámenes especiales: hasta 8 días (dependiendo de la técnica) - Cultivos bacterianos: 48 a 72 horas para resultados preliminares y hasta 8 días para resultado final (según microorganismo de crecimiento rápido y aquellos de difícil recuperación debe informar periódicamente) - Urgencias: Entre 2-4 horas según el tipo de prueba		
30.	El oferente certifica que cuenta con el sistema de registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS). Como lo establece el ministerio de protección social a todos los prestadores de servicios de salud en el país.		

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

EL OFERENTE PARA EL GRUPO II; deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de especificaciones técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal. en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas. las cuáles serán verificadas por el comité técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

Así mismo. el oferente deberá aportar las certificaciones solicitadas y establecidas en las condiciones técnicas. las cuales servirán de soporte en el cumplimiento de las obligaciones del objeto que se pretende contratar.

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>DESCRICIÒN DEL SERVICIO</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td>1</td><td>HABILITACIÓN: En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015 y la Resolución 3100 de 2019 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Oferente garantizara que se encuentra debidamente inscrito habilitado y vigente en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) precisando que las actividades de toma de muestras se ejecutarán estrictamente en la jurisdicción territorial exigida por el contrato en la ciudad de Barranquilla y su área metropolitana mientras que el procesamiento analítico de las mismas se centralizará de forma segura en las sedes e infraestructura técnica del laboratorio que obran formalmente habilitadas y autorizadas en el REPS adjuntando para ello las certificaciones que respaldan la operación legal de ambos servicios.

<table>
<tr><th>NOMBRE SERVICIO</th><th>CODIGO</th><th>NOMBRE</th></tr>
<tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td><td>706</td><td>LABORATORIO CLÍNICO</td></tr>
<tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td><td>712</td><td>TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO</td></tr>
</table>
El Decreto 1011/2006. compilado en el Decreto 780 de 2016. establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación. el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes".

En el evento en que no se pueda mantener la habilitación. la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante. quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

Nota: El comité evaluador técnico deberá verificar que el proponente cuenta con el servicio ofertado debidamente habilitado en el Registro Especial de Prestadores (REPS). así como la capacidad instalada para su adecuada prestación de acuerdo a los estándares de habilitación que indica la Resolución 3100 del 2019.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>El oferente deberá ofrecer un mecanismo de consulta y comunicación relacionada con la oportunidad de entrega de los resultados. lo cual será consultada en el portafolio de servicio y a su vez en el momento de la toma de muestra ambulatoria.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>CAPACIDAD OPERATIVA: El oferente deberá certificar que cuenta con la infraestructura. equipos y recursos humanos necesarios e idóneos para la prestación del servicio en las sedes. en cuya dirección oferto en su propuesta. de los cuales deben estar debidamente habilitados en el Ministerio de Salud y Protección Social (Diligenciamiento de formulario capacidad operativa y administrativa).

El Decreto 1011/2006. compilado en el Decreto 780 de 2016. establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación. el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes".</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>ADICION DE SERVICIOS: En caso de requerir uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados. que guarden relación con el objeto contractual o que sea ordenado por falla de tutela o el Equipo</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	interdisciplinario de Profesionales de la Salud (EIPS) y que se encuentre dentro del portafolio de servicios de la entidad. las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato allegara mínimo dos (2) cotizaciones. con el fin de determinar el precio o valor **más económico** que se utilizara como precio de referencia para la modificación. - Una vez determinado el menor valor cotizado el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación; aplicando la tarifa de descuento pactada en el contrato. - Con la aceptación por parte del contratista. el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. **NOTA:** En caso tal. que él (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que en la REPS estén habilitadas para prestar el servicio requerido y por alguna razón ajena a su voluntad. solo se allega una cotización. se tomará esta como referente de lo cual se debe se dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
5.	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** El oferente deberá acreditar la experiencia a través de **certificaciones** debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado a cada grupo del presente proceso. Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante. objeto del contrato. número del contrato. valor del contrato. plazo. fechas de inicio y finalización. nombre del oferente (oferente). Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal. para la verificación. se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal. para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal. donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA 1:** En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8. este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado. el año de celebración y el valor adjudicado. para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8. verificará la información según lo señalado en el **Decreto 019 de 2012.**		
6.	El oferente deberá suministrar un numero telefónico de contacto directo para los usuarios para agendamiento de citas de toma de muestra. condiciones de la toma de muestra y lo relacionado con este tema.		
7	**PERSONAS ENLACE:** una vez inicie el contrato debe informar al supervisor del contrato los datos de la persona de enlace con la finalidad de resolver y dar respuesta a las peticiones. quejas y/o reclamos presentados por los usuarios del subsistema de salud de la Regional de Aseguramiento en salud No 8. Nombre Completo_____ Teléfonos_____ Correo electrónico_____		
8	El oferente durante la ejecución del contrato deberá reportar los datos críticos al supervisor del contrato para manejo oportuno. al sistema de Vigilancia Epidemiológica.		
9	El oferente deberá brindar jornada de actualización al personal de laboratorio Clínico. medico y/o enfermería en temas relacionados con la atención de pacientes en el laboratorio cada cuatro (4) meses durante la ejecución del contrato.		
10	El oferente se compromete recibir la auditoria de calidad durante la ejecución del contrato con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual.		
11	Reportar al **área de garantía de la Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8.** el reporte mensual de los indicadores. de conformidad a la Resolución 1446 de 2006 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" en lo referente a los Indicadores de calidad en la prestación de servicios. definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC. El correo para envío será notificado por parte del supervisor del contrato. una vez se notifique del mismo.		
12	**INFORMAR EJECUCIÓN DEL CONTRATO (PORCENTAJES DE EJECUCIÓN):** El oferente se compromete a entregar de manera mensual el reporte de ejecución del contrato al supervisor del mismo. e informar. de manera inmediata cuando el contrato se haya ejecutado en los siguientes porcentajes: En un cincuenta por ciento (50%) En un setenta por ciento (70%)		

	En el noventa por ciento (90%) Esto con el fin de realizar los respectivos trámites administrativos tendientes a garantizar la prestación del servicio a contratar. La comunicación oficial deberá contener la siguiente información: Valor ejecutado a la fecha que se haya pagado con información al porcentaje que corresponde / valor radicado pendiente de pago - con información al porcentaje que corresponde / Valor pendiente por radicar - con información al porcentaje que corresponde / Valor pendiente por ejecutar - con información al porcentaje que corresponde		
13	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato **NO CONTINUARÁ PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2). los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones. serán asumidos por el contratista.		
14	**CERTIFICACION DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO** El oferente deberá ACREDITAR mediante el ANEXO: **FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO**. POR CADA PROFESIONAL; debidamente diligenciado y firmado por su representante legal. el cual será verificado. **DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA OFERTA.** Así mismo; se. compromete que durante la ejecución del contrato pondrá a disposición en desarrollo de las actividades contratadas el personal mínimo establecido en las siguientes tablas denominadas así: RECURSO HUMANO MÍNIMO – ESPECIALIDADES: Cuya verificación se realizará a través Inscripción en el RETHUS **OFERTAR EL RECURSO HUMANO:** **RECURSO HUMANO MINIMO** / **CANTIDAD** BACTERIOLOGO / 1 AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO / 1 Para el cumplimiento de lo anterior. el contratista aportará junto con su oferta lo siguiente: • El Anexo **FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO** debidamente diligenciado por cada profesional. • El personal debe estar registrado en el RETHUS. Una vez iniciada la ejecución del contrato deberá allegar del personal la siguiente documentación: • Fotocopia del Título de educación profesional (pregrado). especialidad y/o su certificación de Homologación y/o Convalidación del título. si fue obtenido (a) en el exterior. **NOTA**: para el personal profesional. especialista o subespecialista según corresponda) fotocopia de la tarjeta profesional. **NOTA:** El supervisor del contrato verificará durante la ejecución del contrato. la idoneidad del personal profesional contratado en aras de garantizar la idoneidad para una óptima prestación de servicio. de igual forma que el futuro contratista garantice la continuidad. accesibilidad y oportunidad de la especialidad ofertada. sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato.		
15	**COMPROMISO AMBIENTAL:** El oferente deberá diligencia el *formulario de compromiso ambiental*. donde se deberá comprometer a realizar buenas prácticas ambientales. en cumplimiento a la legislación ambiental colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final. durante la ejecución del futuro contrato.		
16	**PROGRAMA DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS** El contratista debe **CERTIFICAR** que se compromete a cumplir con el programa de ***GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS*** regulados mediante la presente normatividad:		

	• ***Ley 1252 de 2008*** *"Por medio de la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos o desechos peligrosos".* • ***Resolución 591 del 2024*** *"Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades".* • **Decreto 1076 de 2015** *"Por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible"* • **Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019** *"Por la cual se modifica la resolución 668 de 12016 sobre el uso racional de las bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones".* **Decreto 351 del 19 de febrero de 2014 compilado en el Decreto 780 de 2016** *"Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.*		
17	El oferente deberá entregar junto con la propuesta diligenciado el formulario de compromiso SGSST firmado por el representante legal de la empresa. anexo al presente estudio previo.		
18	**Ejecución contractual y Radicación de factura** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No 8 – Unidad Prestadora de Salud Atlántico que una vez ejecutado el 100% del presupuesto del presente contrato. NO continuará prestando los servicios de salud. SALVO. que se trate de caso de urgencias debidamente justificadas. de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (Atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias. en sólo triage 1 y/o 2). Los servicios prestados por fuera del contrato. que no cumplan con estas condiciones; no son compromisos de la unidad prestadora de salud Atlántico éstos serán asumidos por el oferente. Cabe resaltar que en este caso. el Contratante no será responsable si el futuro oferente realiza una **sobre ejecución del contrato** por la demora en el proceso de radicación de facturas. las cuales deberán realizarse de manera mensual (los primeros cinco (5) días de cada mes). conforme a la prestación de los servicios generados en el mes inmediatamente anterior. por lo tanto. El OFERENTE se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional - Regional de Aseguramiento de Salud N° 8 - Unidad Prestadora de Salud Atlántico. de cualquier reclamación proveniente por una eventual sobre ejecución.		
19	El oferente por ningún medio solicitará a los usuarios del SSPN dinero para el PAGO o COPAGO de servicios de salud. La IPS ordenará medicamento pertinente. servicio o procedimiento. acorde a las GPC o protocolos establecidos. y aquellas contempladas en el Acuerdo 093 del 08 de octubre 2025 (Plan de Servicios y Tecnología en Salud del Subsistema de la Policía Nacional) y llegado el caso el servicio no esté incluido en dicho plan. se debe diligenciar para presentar al EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales en Salud) el formato del anexo 1 y anexo 6 servicios y/o tecnologías respectivamente de la Resolución 593 del 13 de diciembre de 2023 de DISAN.		
20	Los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**. generados durante la prestación de un servicio. correrán por cuenta del prestador; cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del oferente. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 *"por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecno vigilancia de Ministerio De La Protección Socia. así: "Daño no intencionado al paciente. que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico"*. El responsable de Garantía de la Calidad en Salud en la regional programará visitas. mínimo una mensual. para verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Resolución 134 del 10 de mayo del 2021- artículo 20).		
21	**SUMINISTRO DE HISTORIA CLINICA PARA PROCESO DE AUDITORIA Y/O TRANSCRIPCION DE INCAPACIDADES** Cuando por casos de requerimientos judiciales. inconformidades. quejas. reclamos y/o trámites de auditoría y verificación de la atención en la red contratada. se requiera acceder y verificar la atención de los usuarios; la entidad proporcionará usuario de acceso a la plataforma de atención; o. en su defecto si no cuenta con dicha plataforma. remitirá soportes de la atención requerida al correo institucional del proceso de auditoría que lo requiera. Lo anterior con el fin de garantizar el proceso de Contra referencia y registro de atenciones de red externa en el aplicativo institucional SISAP. El oferente se compromete a remitir dentro de las 48 siguientes a la solicitud. los soportes requeridos dentro del proceso de auditoría médica.		
22	**FUNCIONARIO PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS:** El oferente designará un funcionario; quien se encargará de interactuar con el responsable de atención al usuario del asegurador. responsable de Redes integrales y de referencia y contra referencia. para asignar citas. procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador. resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita.		

	Deberá indicar: Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico: Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contra referencia de usuarios, programación de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico y todos aquellos que se presenten durante la ejecución del contrato.		
23	**ATENCIÓN INTRAMURAL** La prestación de los servicios objeto del presente proceso, se debe prestar bajo la MODALIDAD INTRAMURAL., POR CUANTO NO SE PODRÁ DERIVAR a los usuarios a realizar trámites de agendamiento, a otras instituciones diferente a la Contratada. Así mismo, los usuarios no tendrán que realizar trámites administrativos; como gestión de voucher, recibos de caja, entre otros, con el fin de efectuar la admisión para la atención; siendo la orden de autorización emitida por la oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8-UPRES DEATA, el único soporte que avala la certificación de autorización para la prestación en la red externa contratada.		
24	**LINEAMIENTOS DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS:** El contratista certifico que acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
25	**CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:** **El contratista certifica**: Que dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. Que sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes, b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial. De igual forma se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial		
26	**CERTIFICACION PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN** El oferente deberá cumplir de acuerdo a las especificaciones del *MINISTERIO DE SALUD*, con un proceso dinámico y continuo que garantice la asepsia de las áreas de atención en salud, cumpliendo con protocolos de limpieza, cronogramas y actividades que permitan la eliminación de microorganismos patógenos y garanticen la atención de nuestros pacientes. **ANEXAR CERTIFICACIÓN** firmada por el representante legal de su cumplimiento.		
27	**CERTIFICACION SUMINISTRO DE AGUA POTABLE** El oferente deberá garantizar la distribución y consumo de agua potable dentro de sus instalaciones para la prestación de servicios de salud, cumpliendo con los parámetros establecidos por el *Decreto N° 1575 2007* y la *Resolución 2115 de 2007*. **ANEXAR CERTIFICACIÓN** firmada por el representante legal de su cumplimiento.		

28	La Unidad Prestadora de Salud Atlántico 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. Durante la visita se realizará registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité. la entidad deberá certificar que autoriza la realización de la visita y la realización del registro fotográfico. también informará la persona con la que se coordinará la visita a la entidad. Nombre: Cédula: Cargo:		
29	El oferente deberá certificar la oportunidad de entrega de resultados de laboratorio: - Pruebas genéticas: hasta 60 días - De las pruebas por su complejidad se requiere más tiempo deben ser informadas al supervisor del contrato.		
30.	El oferente certifica que cuenta con el sistema de registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS). Como lo establece el ministerio de protección social a todos los prestadores de servicios de salud en el país.		

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

ANEXO No. 2
INFORMATIVO PRECIO TECHO

GRUPO I: EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD

LABORATORIO CLÍNICO			VALOR ESTIMADO
ITEM	90	ANTIBIOGRAMA Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	
1	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$44.100
2	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA. TEST DE HODGE MODIFICADO. ÁCIDO BORÓNICO)	$216.127
	9012	CULTIVOS (AISLAMIENTO Y PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN)	
3	901206	COPROCULTIVO	$27.032
4	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	$50.050
5	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$34.600
6	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$35.136
7	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$74.233
8	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$53.741
9	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA	$65.892
10	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$40.955
11	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$91.089
12	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	$84.790
13	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$59.100
14	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$56.189
15	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$59.100
16	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$59.100
17	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$99.333
18	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$77.179
19	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$49.200
20	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$52.422
21	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$37.664
	9013	IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS	
22	901309	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$54.958
23	901311	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	$163.934
24	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$287.500
25	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$211.999
26	901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN	$187.242
27	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$29.419
	9015	OTRAS PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS	
28	901502	Clostridium TOXINA	$171.285
	9020	PRUEBAS DE COAGULACIÓN	
29	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES (RIPA)	$171.600
30	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	$167.350
31	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$38.200
32	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN (PROTROMBINA)	$97.593
33	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN (CHRISTMAS O PTC)	$67.028
34	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN (LÁBIL O PROACELERINA)	$73.860
35	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN (ESTABLE O PROCONVERTINA)	$89.228
36	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$63.771
37	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$78.507
38	902020	FACTOR X (STUART PROWER)	$106.288
39	902021	FACTOR XI (PTA)	$98.681
40	902022	FACTOR XII (FACTOR DE HAGEMAN)	$90.125
41	902023	FACTOR XIII (FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO)	$82.421
42	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO (PAI 1)	$333.100
43	902029	PLASMINÓGENO	$119.838
44	902030	PRECALICREÍNA	$622.400
45	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$87.086
46	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$112.125
47	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$86.551
48	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$142.645
49	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$107.749
50	902050	HEPARINA COFACTOR II	$184.029
51	902052	CRIOFIBRINÓGENO	$62.363
52	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$100.638
53	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$147.974
54	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$126.205

55	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$140.650
56	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$140.650
57	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$135.777
58	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$134.235
59	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$140.650
60	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$140.650
61	902067	UNION DE VON WILLEBRAND A COLÁGENO: (VWF:CB)	$452.584
62	902068	UNION DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$621.200
63	902069	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$441.800
64	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$959.938
65	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$147.771
66	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$731.518
67	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	$288.551
68	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	$41.300
	9021	**PRUEBAS HEMATOLÓGICAS NO RUTINARIAS**	
69	902102	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$11.676
70	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$79.110
71	902106	ERITROPOYETINA	$64.800
72	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	$57.159
73	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$42.634
74	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$50.867
75	902110	HEMOGLOBINA A 2	$59.650
76	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$56.250
77	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$38.282
78	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$37.452
79	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$49.365
80	902116	HIERRO MEDULAR	$27.814
81	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$37.525
82	902123	VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$89.700
	903	**QUÍMICA SANGUÍNEA Y DE OTROS FLUIDOS CORPORALES**	
	9030	**PRUEBAS NO RUTINARIAS**	
83	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$58.784
84	903003	BICARBONATO	$67.500
85	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO -QUÍMICO CUANTITATIVO	$93.464
86	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO -QUÍMICO CUANTITATIVO	$31.350
87	903006	CAROTENOS	$26.169
88	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$96.464
89	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$85.100
90	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$148.625
91	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$201.915
92	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$82.617
93	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$127.600
94	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$127.956
95	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$32.453
96	903022	HOMOCISTEÍNA	$82.893
97	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$62.100
98	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$83.239
99	903030	MIOGLOBINA CARDIACA	$29.904
100	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$43.023
101	903032	N-TELOPÉPTIDO	$205.000
102	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$22.404
103	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$31.579
104	903035	OSTEOCALCINA	$84.845
105	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$69.600
106	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$176.745
107	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$435.112
108	903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$43.166
109	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$50.625
110	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$55.326
111	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$166.700
112	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$126.205
113	903048	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA -A]	$110.500
114	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA -A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$177.000
115	903050	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$132.600
116	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$82.927
117	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$59.355

118	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$60.516
119	903054	C-TELOPÉPTIDO	$105.849
120	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$141.512
121	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$475.813
122	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$154.447
123	903060	ANTIOXIDANTES TOTALES	$283.086
124	903064	HEMOPEXINA	$218.800
125	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO -BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$72.547
126	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$75.988
127	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$243.076
128	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$271.938
129	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$271.170
	9031	**PRUEBAS PARA ÁCIDOS**	
130	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$57.867
131	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$50.875
132	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$57.874
133	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$25.497
134	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	$72.289
135	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	$249.400
136	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	$74.950
137	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L -LACTATO] AUTOMATIZADO	$30.057
138	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$61.841
139	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$48.424
140	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$562.800
	9032	**PRUEBAS PARA AMINOÁCIDOS**	
141	903201	FENILALANINA POST. CURVA DE TOLERANCIA CON ESTÍMULO BH -4	$93.727
142	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$86.012
	9033	**PRUEBAS PARA CARBOHIDRATOS**	
143	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$520.798
144	903302	CURVA DE LACTOSA	$47.600
145	903305	FRUCTOSA	$35.000
	9034	**PRUEBAS PARA ENZIMAS**	
146	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$27.750
147	903402	ALDOLASA	$28.721
148	903404	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	$61.487
149	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$40.827
150	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	$43.140
151	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$146.900
152	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	$29.479
153	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	$31.953
154	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$35.863
155	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$34.098
156	903420	COLINESTERASA SÉRICA	$15.871
157	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$83.847
158	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	$63.650
159	903425	FRUCTOSAMINA	$25.938
160	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$28.197
161	903431	LIPOPROTEÍNA A	$55.550
162	903434	SEROTONINA -5 HIDROXI -TRIPTAMINA	$112.292
163	903435	SEROTONINA -5 HIDROXI -TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$91.200
164	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$64.523
165	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$67.612
166	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$130.050
	9035	**PRUEBAS PARA LÍQUIDOS**	
167	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$28.929
168	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)	$31.336
169	903505	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	$29.521
170	903506	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)	$44.800
	9036	**PRUEBAS PARA MINERALES**	
171	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$47.103
172	903602	AMONIO	$15.029
173	903604	CALCIO IÓNICO	$36.163
174	903608	ZINC	$45.900
175	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$50.950
176	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$66.200
177	903611	ALUMINIO EN SUERO	$63.849

178	903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA	$275.000
	9037	**PRUEBAS PARA VITAMINAS**	
179	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$76.773
180	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$91.800
181	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$149.888
182	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$105.300
183	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$70.896
184	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	$64.498
185	903711	VITAMINA K	$161.100
	9038	**PRUEBAS QUÍMICAS RUTINARIAS**	
186	903808	BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABÓLICO]	$24.802
187	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$13.324
188	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$20.749
189	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$88.599
190	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$12.600
191	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$21.258
192	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$81.358
193	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	$36.832
194	903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$112.351
195	903849	LÍQUIDO ASCÍTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$27.465
196	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$28.371
197	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$36.300
198	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	$29.089
199	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$31.336
200	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$35.333
201	903896	Cistatina C	$90.250
	904	**ENDOCRINOLOGÍA**	
	9040	**PRUEBAS PARA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR**	
202	904001	ANGIOTENSIINA II	$188.692
203	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$73.085
204	904004	RENINA TOTAL	$78.000
205	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	$87.989
206	904006	LEPTINA	$81.905
	9041	**PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPÓFISIS**	
207	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$130.000
208	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$36.027
209	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$97.500
210	904111	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	$156.000
	9042	**PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO E HIPÓFISIS**	
211	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$58.558
212	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$57.754
213	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	$96.349
214	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$42.207
215	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$64.800
216	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$64.800
	9043	**PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS Y SUPRARRENAL**	
217	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$40.053
218	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$28.000
	9044	**PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS, OVARIO O SUPRARRENAL**	
219	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	$56.000
220	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$78.300
221	904403	INHIBINA A	$138.824
222	904404	INHIBINA B	$172.073
223	904405	MACROPROLACTINA	$48.850
	9045	**PRUEBAS PARA FUNCIÓN OVÁRICA Y SUPRARRENAL**	
224	904501	ANDROSTENEDIONA	$44.100
225	904504	ESTRIOL	$43.954
226	904505	ESTRIOL LIBRE	$39.686
227	904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$24.993

228	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$106.000
229	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$146.270
	9046	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE TESTÍCULO	
230	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$36.400
231	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	$107.030
	9047	PRUEBAS PARA FUNCIÓN PANCREÁTICA	
232	904701	GLUCAGÓN	$70.913
233	904705	INSULINA LIBRE	$70.775
234	904706	PÉPTIDO C	$60.789
235	904708	SOMATOSTATINA	$184.393
236	904710	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$39.816
237	904720	ELASTASA PANCREÁTICA	$103.976
238	904721	PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	$131.900
	9048	PRUEBAS PARA FUNCIÓN SUPRARRENAL	
239	904801	ALDOSTERONA	$52.669
240	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$67.903
241	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$69.302
242	904804	CETOESTEROIDES 17	$59.220
243	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$59.418
244	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$29.366
245	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA -SO4] CADA MUESTRA	$33.600
246	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$49.750
	9049	PRUEBAS PARA FUNCIÓN TIROIDEA O PARATIROIDEA	
247	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$51.530
248	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$37.800
249	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	$37.800
250	904909	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$37.800
251	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$46.200
252	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	$46.200
253	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$46.200
	905	MONITOREO DE MEDICAMENTOS Y TOXICOLOGIA	
	9050	MONITOREO ANESTÉSICO	
254	905001	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA -MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$373.949
255	905002	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA -MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$381.442
256	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N -ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$232.500
	9051	MONITOREO ANTICOAGULANTES	
257	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$77.500
258	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$265.507
	9052	MONITOREO ANTICONVULSIVANTES	
259	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$105.416
260	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$143.478
261	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	$80.931
262	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	$34.023
263	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$29.169
	9053	MONITOREO ANTIDEPRESIVOS. ANTIMANIÁTICOS Y NEUROLÉPTICOS	
264	905307	CLORPROMAZINA	$111.405
265	905309	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO	$71.064
266	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$13.218
	9054	MONITOREO ANTIMICROBIANOS	
267	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$98.851
268	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$86.055
269	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$153.913
270	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$51.966
271	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	$297.700
	9055	MONITOREO DE CITOSTÁTICOS	
272	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$89.950
273	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$117.442
	9056	MONITOREO DIGITÁLICOS. CARDIOVASCULARES Y BRONCODILATADOR	
274	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$66.200
275	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$34.461
276	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$40.600
	9057	NIVELES TOXICOLÓGICOS	
277	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$52.485
278	905703	ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$83.200
279	905705	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO	$27.250
280	905708	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$77.600

281	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$64.404
282	905710	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO ESCOPOLAMINA	$85.700
283	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	$80.290
284	905714	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	$173.114
285	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$74.443
286	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$72.063
287	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$67.740
288	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$125.953
289	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$55.621
290	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$54.400
291	905738	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$48.631
292	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$111.748
293	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$81.000
294	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$54.042
295	905761	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	$79.924
296	905762	ACIDO HIPURICO SEMIAUTOMATIZADO	$75.389
	906	**INMUNOLOGÍA Y MARCADORES TUMORALES**	
	9060	**DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS BACTERIANOS**	
297	906003	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$111.800
298	906005	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$74.926
299	906007	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$77.431
300	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.525
301	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64.550
302	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$46.563
303	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$54.161
304	906012	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$35.083
305	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$36.194
306	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.200
307	906016	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.050
308	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.853
309	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46.104
310	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39.900
311	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39.817
312	906021	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$71.900
313	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$69.726
314	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30.797
315	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.196
316	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$80.711
317	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.127
318	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.851
319	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$139.578
320	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$88.400
321	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$51.800
322	906035	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$83.640
323	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42.600
324	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$119.600
325	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$119.600
326	906047	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$114.400
327	906048	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$155.391
328	906049	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$150.051
329	906052	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$609.978
	9061	**DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA HONGOS Y PARÁSITOS**	
330	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$77.917
331	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$75.876
332	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.042
333	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$217.750
334	906115	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$259.589
335	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$114.501
336	906117	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92.144
337	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$156.435
338	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53.517
339	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$112.207
	9062	**DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS**	
340	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$77.613
341	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.200
342	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$34.156
343	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$33.451

344	906211	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB -VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.872
345	906212	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB -VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$37.800
346	906213	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA -G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.900
347	906214	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.349
348	906215	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB -VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$37.800
349	906216	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA -M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$82.203
350	906217	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60.034
351	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.000
352	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29.381
353	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$71.808
354	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$85.800
355	906232	HTLV -I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.010
356	906233	HTLV -I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$322.925
357	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$70.092
358	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$60.895
359	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$63.800
360	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$54.835
361	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45.950
362	906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.600
363	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$34.300
364	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.700
365	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$69.802
366	906254	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	$94.032
367	906255	Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$71.474
368	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$93.256
369	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.107
370	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.127
371	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.205
372	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$131.724
373	906270	SARS CoV2 [COVID -19] ANTICUERPOS Ig G	$118.750
374	906271	SARS CoV2 [COVID -19] ANTICUERPOS Ig M	$87.630
	9063	**DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS MICROBIOLÓGICOS**	
375	906301	Adenovirus ANTÍGENO	$41.109
376	906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$176.806
377	906307	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$38.873
378	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	$61.894
379	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.270
380	906320	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$251.575
381	906321	Influenza ANTÍGENO	$62.283
382	906322	Legionella spp ANTÍGENO	$164.612
383	906323	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	$167.864
384	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	$93.625
385	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.431
386	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	$40.843
387	906331	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	$132.122
388	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$39.775
389	906337	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$224.229
390	906340	SARS CoV 2 [COVID -19] ANTÍGENO	$84.882
	9064	**DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS**	
391	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$295.350
392	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50.662
393	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$38.514
394	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.363
395	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.000
396	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	$93.279
397	906419	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$67.693
398	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98.496
399	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.300
400	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.500
401	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.900

402	906435	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$116.507
403	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	$170.543
404	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.191
405	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$33.353
406	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$27.233
407	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$289.691
408	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$332.592
409	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$415.209
410	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$71.224
411	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$58.244
412	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$70.255
413	906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.518
414	906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.518
415	906476	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$75.409
416	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.811
417	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.026
418	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.495
419	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.845
420	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.822
421	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$127.400
422	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$379.696
423	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$396.417
424	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$114.400
425	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$363.030
426	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$104.489
427	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$372.500
428	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$493.800
	9065	**PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD**	
429	906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$642.210
430	906502	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$1.472.900
431	906503	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$338.214
432	906504	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$356.800
433	906506	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$600.138
434	906512	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$360.050
435	906513	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCIÓN	$814.107
436	906514	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$342.277
437	906517	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$136.500
438	906518	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$338.387
439	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	$963.133
440	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$240.417
441	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO	$240.417
442	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$426.300
443	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$540.437
444	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	$745.098
445	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II	$862.500
	9066	**MARCADORES TUMORALES**	
446	906601	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$421.937
447	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40.597
448	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$85.760
449	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$103.309
450	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$237.500
451	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.000
452	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$104.489
453	906628	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE -4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$199.458
	9067	**DETERMINACIÓN DE POBLACIONES CELULARES**	
454	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$117.000
455	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$216.877
456	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$234.662
457	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$117.000
	9068	**PRUEBAS ESPECIALES**	
458	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.585
459	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$58.395
460	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$201.014
461	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$37.800

462	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$74.300
463	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$73.799
464	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$385.105
465	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$145.500
466	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$156.562
467	906833	INMUNOGLOBULINA D (Ig D) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60.471
468	906834	INMUNOGLOBULINA E (Ig E) ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$51.800
469	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$94.555
470	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$111.501
471	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$131.300
472	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$119.544
473	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	$115.186
474	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	$66.570
475	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	$357.889
476	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$100.500
477	906852	INTERLEUQUINA 1	$444.238
478	906853	INTERLEUQUINA 6	$85.048
479	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$209.250
480	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$328.500
481	906857	FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL	$553.935
482	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$59.455
	9069	**PRUEBAS RUTINARIAS**	
483	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$18.775
484	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$53.975
485	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41.883
486	906917	CRIOGLOBULINAS	$10.446
	907	**MICROSCOPIA**	
	9070	**PRUEBAS DE COPROLOGÍA**	
487	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	$12.000
488	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$7.167
489	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	$10.382
490	907010	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$15.759
491	907011	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$44.796
492	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO	$48.950
	9071	**PRUEBAS EN ORINA**	
493	907101	AZÚCARES REDUCTORES EN ORINA	$12.412
494	907102	HEMOGLOBINURIA	$7.100
495	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$23.200
	9072	**OTRAS PRUEBAS**	
496	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$35.853
497	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	$27.992
	908	**GENÉTICA Y ERRORES METABÓLICOS**	
	9083	**PRUEBAS PARA ERRORES METABÓLICOS**	
498	908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	$142.203
499	908310	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO	$153.434
500	908311	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$107.187
501	908312	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO	$89.000
502	908313	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL	$96.563
503	908314	CISTINA CUANTITATIVA	$219.997
504	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$98.763
505	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$304.921
506	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$1.391.060
507	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$726.370
508	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$331.274
509	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$556.379
510	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	$406.972
511	908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$363.900
512	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$326.396
513	908334	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	$613.000
514	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	$443.777
515	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	$279.907
516	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$162.500
517	908341	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	$481.800
518	908343	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$294.400
519	908345	GALACTOSILCERÉBROSIDASA ACTIVIDAD	$1.132.800
520	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	$89.700
521	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)	$504.250

522	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)	$166.650
523	908354	TRIPSINÓGENO INMUNOREACTIVO	$87.500
524	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	$101.349
525	908356	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$258.348
526	908357	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO	$2.010.563
	9086	**OTRAS PRUEBAS PARA ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO**	
527	908601	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA. MEDICIÓN DE CADA UNA	$409.780
528	908602	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS. MEDICIÓN DE CADA UNA	$441.790
529	908603	ENZIMAS GLICOLÍTICAS. MEDICIÓN DE CADA UNA	$405.175
530	908604	ENZIMAS LISOSOMALES. MEDICION DE CADA UNA	$4.895.533
531	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO. MEDICIÓN DE CADA UNA	$540.000
	9088	**OTRAS PRUEBAS MOLECULARES PARA MICROORGANISMOS**	
532	908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	$1.374.753
533	908803	Hepatitis B GENOTIPO	$1.010.155
534	908804	Citomegalovirus GENOTIPO	$1.630.469
535	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$337.500
536	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$289.468
537	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$300.214
538	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL	$366.712
539	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$710.584
540	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$604.727
541	908811	Epstein -Barr CARGA VIRAL	$413.607
542	908812	Adenovirus CARGA VIRAL	$513.253
543	908813	Parvovirus CARGA VIRAL	$419.185
544	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$156.480
545	908833	Hepatitis C GENOTIPO	$653.304
546	908861	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$571.200
547	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$299.239
548	908865	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$366.566
549	908866	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$289.468
550	908867	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$489.092
551	908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$277.467
552	908869	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$409.251
553	908870	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$410.172
554	908871	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$350.000
555	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$328.648
556	908876	Leishmania IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$275.667
557	908877	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$505.639
558	908878	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$828.000
559	908881	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$927.547
560	908882	Neisseria meningitidis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$628.107
561	908884	Sarampión IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$897.000
562	908888	Chlamydia IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$459.917
563	908889	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$351.850
564	908890	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$93.600
565	908891	IDENTIFICACIÓN DE GENES DE RESISTENCIA PARA MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$1.023.500
566	908892	Virus del Papiloma Humano VPH GENOTIPO	$227.438
		OTRAS PRUEBAS	
567	903702	Vitamina B5 (Ácido Pantoténico)	$430.219
568	906602	Beta 2 Transferrina	$320.000
569	904811	CORTICOSTERONA	$292.503
570	908423	Fibrotest	$753.660

GRUPO II: EXAMEN DE GENETICA ESPECIALIZADO

ITEM	9084	LABORATORIO CLINICO PRUEBAS DE GENETICAS	VALOR ESTIMADO
1	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	$ 499.289
2	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	$ 366.302
3	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$ 416.076
4	908413	ERBB2 [HER -2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU"	$ 664.024
5	908418	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$ 1.001.872
6	908419	ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)	$ 2.457.383
7	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	$ 2.855.706
8	908421	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	$ 1.680.000

9	908422	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	$	2.242.500
10	908423	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS)	$	1.977.600
11	908424	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECIFICAS)	$	600.000
12	908426	METILENETETRAHIDROFOLATO REDUCTASA (MTHFR) MUTACIÓN	$	199.277
13	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	$	284.349
14	908428	HFE (HEMOCROMATOSIS)	$	405.489
15	908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN COMPLETA	$	2.515.000
16	908434	BRCA1 Y BRCA2 MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA	$	715.000
17	908435	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA	$	2.990.000
18	908436	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLÉICOS	$	88.462
19	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$	549.939
20	908440	PATERNIDAD O FILIACIÓN PRUEBA	$	428.142
21	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	$	225.631
22	908442	ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE GENOMA COMPLETO	$	5.918.200
23	908443	ESTUDIO MOLECULAR DE ADN LIBRE CIRCULANTE (ESPECIFICO)	$	5.170.000
24	908444	ESTUDIO MOLECULAR DE EXPANSIÓN DE MUTACIONES DINÁMICAS (ESPECIFICO)	$	1.000.000
25	908445	ESTUDIO MOLECULAR DE METILACIÓN O IMPRONTA (IMPRINTING) EN GENES (ESPECIFICO)	$	1.200.000
26	908447	ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE EXOMA (ESPECIFICO)	$	3.392.500
27	908448	CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECÍFICO)	$	299.100
28	908402	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS) :BCL-2 TRANSLOCACIÓN (14:18)	$	726.600
29	908403	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS):BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUALITATIVO	$	780.000
30	908403	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUANTITATIVO	$	800.000
31	908433	BRCA1 Y BRCA2 GENES. SECUENCIACION Y DELECION / DUPLICACIÓN	$	2.120.375
32	908420	CANCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO ASOCIADO A POLIPOSIS (HNPCC) - GENES: MLH1. MSH2. MSH6. SECUENCIACION.	$	2.160.000
33	908420	CANCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓSICO (HNPCC)- GEN MSH6 - SECUENCIACION COMPLETA.	$	2.160.000
34	908420	CANCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPOSICO (HNPCC) GEN MLH1 - SECUENCIACION COMPLETA	$	2.044.482
35	908420	HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA (DEFICIENCIA 21 GEN CYP2A2 SECUENCIACION COMPLETA Y MLP	$	3.392.500
36	908434	CANCER DE MAMA FAMILIAR BRCA1 Y BRCA2 - MLPA . (Rearreglos BART)	$	1.900.000
37	908420	CANCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO - GEN BARD1 - ANALISIS MEDIANTE MLPA	$	1.846.505
38	908420	CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO - GEN CHEK2 - SECUENCIACION COMPLETA	$	2.160.000
39	908420	CANCER GÁSTRICO FAMILIAR - GEN CDH1 - MLPA.	$	1.977.600
40	908448	CARIOTIPO CON BANDEO RT	$	436.652
41	908420	CANCER GASTRICO FAMILIAR - GEN CDH1 - SECUENCIACION COMPLETA.	$	2.852.858
42	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	$	431.403
43	908424	DISOMIA UNIPARENTAL PRADER-WILLIANGELMAN (TRIO)	$	1.900.000
44	908420	EPILEPSIA GENERALIZADA CON CRISIS FEBRILES PLUS (GEFS) - GEN SCN1B - SECUENCIACION COMPLETA.	$	2.404.767
45	908420	EPILEPSIA LATERAL DEL LOBULO TEMPORAL AUTOSOMICA DOMINANTE - GEN LGI1- SECUENCIACION COMPLETA	$	2.875.000
46	908420	ESTUDIO MOLECULAR DELECION Y DUPLICACION DEL GEN USH2A	$	1.618.773
47	908420	ESTUDIO GENETICO MULTIPANEL DE 35 GENES MYRISK PERFIL MYRIAD O SU HOMOLOGACION	$	7.230.650
48	908420	ESTUDIO MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) ANALISIS DE LA SECUENCIA DE LOS GENES TCS1 Y TC52	$	2.731.646
49	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS) PCR DE LA REPETICION CGG EN EL GEN FMR1	$	749.314
50	908420	ESTUDIO GENETICO ENFERMEDAD RENAL (325 NGS con CNV	$	3.335.000
51	908420	ESTUDIOS GENETICOS DE LOS CROMOSOMAS 14 23 Y 1	$	1.400.000
52	908447	EXOMA CLINICO 6700 GENES	$	3.392.500
53	908420	EXOMA CLINICO 7.700 GENES MAS ADN MITOCONDRIAL Y CNVS	$	3.410.000
54	908447	EXOMA COMPLETO TRIO - SECUENCIACION	$	8.250.000
55	908442	FIBROSIS QUISTICA - GEN CFTR - SECUENCIACION COMPLETA	$	2.160.000
56	908423	FIBROSIS QUISTICA: DELECCION O DUPLICACION DEL GEN CFTR	$	1.320.000
57	908422	FISH ANEUPLOIDIAS 13 18,21,X y Y	$	702.564
58	908422	FISH CROMOSOMA 8 CEP2 (8p11.1-q11.1) MIELOMA MULTIPLE	$	1.108.108
59	908422	FISH - Leucemia Linfoide Cronica Panel (13q, 11q, 17p,12c)	$	1.533.044
60	908422	FISH - MIELOMA MULTIPLE 13q, 17p, 14q32	$	838.030
61	908422	FISH - PRADER WILLYANGELMAN (SNRPN)	$	838.030
62	908422	FISH SINDROME DE PRADER WILLI (REGION 15Q11-Q13)	$	845.000
63	908422	FISH AMPLIFICACION INTRACROMOSOMA 21q22 RUNX1 LEUCEMIA LINFOBLASTICA B	$	737.646
64	908422	FISH CROMOSOMA 8 CEP8 (8p11.1-q11.1) PATOLOGIA MIELOIDE (SMD,SMPc)	$	777.646
65	908422	FISH CROMOSOMA X y Y	$	802.646
66	908420	GEN KRAS. ANÁLISIS DE EXON POR SECUENCIACIÓN	$	889.084
67	908420	GEN NRAS. ANÁLISIS DE EXON POR SECUENCIACION	$	915.225
68	908420	GEN PDGFRA. ANALISIS DE EXON POR SECUENCIACION	$	1.030.771
69	908421	HIBRIDACION GENOMICA COMPARADA POSNATAL (CGH Array 180K)	$	2.000.000
70	908421	Hibridacion Genomica Comparada por Arrays en Liquido Amniotico	$	1.900.000
71	908419	JAK2 EXON 12. SINDROME MIELOPROLIFERATIVO CRONICO (SMC)	$	600.000
72	908419	JAK2 EXON 14 SECUENCIACION	$	600.000
73	908419	JAK2 MUTACION (V617F: mutacion especifica del exon 14) ANALISIS CUANTITATIVO	$	600.000
74	908419	JAK2 SINDROME MIELOPROLIFERATIVO CRONICO (V617F)- CUALITATIVO	$	562.771
75	908422	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA GEN CEBPA SECUENCIACION COMPLETO	$	1.055.756
76	908414	PANCREATITIS HEREDITARIA - GEN PRSS1 - SECUENCIACION COMPLETA	$	1.714.327
77	908420	PANEL DE SECUENCIACION DE SIGUIENTE GENERACION (NGS) + DELECIONES Y DUPLICACIONES - 101 a 300 genes	$	3.118.844
78	908420	PANEL DE SECUENCIACION DE SIGUIENTE GENERACION (NGS) + DELECIONES Y DUPLICACIONES mayor a 300 genes	$	3.335.000
79	908420	PANEL DE SECUENCIACION DE SIGUIENTE GENERACION (NGS) + DELECIONES Y DUPLICACIONES - 51 a 100 genes	$	2.988.228

80	908420	PANEL DE SECUENCIACION DE SIGUIENTE GENERACION (NGS) + DELECIONES Y DUPLICACIONES - 1 a 4 genes	$	2.920.000
81	908420	PANEL DE SECUENCIACION DE SIGUIENTE GENERACION (NGS) + DELECIONES Y DUPLICACIONES - 5 a 10 genes	$	2.990.000
82	908420	PANEL GENETICO DE AUTISMO	$	3.296.917
83	908420	PANEL PARA CANCER HEREDITARIO NGS QUE INCLUYA MAS DE 60 GENES RELACIONADOS CON CANCER DE MAMA. OVARIO. PROSTATA. COLON. RECTO PANCREAS ENDOMETRIO. GASTRICO PIEL ENTRE OTROS	$	2.514.000
84	906842	PANEL MIELOMA MULTIPLE. InmunoflowFISH (8 Sondas)	$	3.600.000
85	908420	PANEL NGS +CNVS PARA EPILPESIA Y SINDROMES RELACIONADOS (320 GENES)	$	2.756.013
86	908859	PAPILOMAVIRUS HUMANO 28 GENOTIPOS RT-PCR (Cepas Alto y bajo Riesgo)	$	335.600
87	908856	POLIQUISTOSIS RENAL - GEN PKD1 - SECUENCIACION COMPLETA	$	1.997.635
88	908420	PRUEBA GENETICA TUMORAL MAMMA-PRINT o SU HOMOLOGACION	$	14.100.908
89	908447	SECUENCIACION EXOMICA COMPLETA (24.000 GENES MAS ADN MITOCONDRIAL Y CNVs)	$	3.410.000
90	908417	REAORGANIZACION DE GENE BCR/ABL	$	686.960
91	908422	SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN CFTR	$	2.160.000
92	908422	SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (FOXC2)	$	2.705.552
93	908422	SECUENCIACION DE GENES LPL APOC2 APOA5	$	2.841.203
94	908418	BCL2 TRASLOCACION 14 18	$	788.704
95	908418	BCRCR ABL TRASLOCACION DE GENES CUALITATIVO	$	643.502
96	908420	PERFIL GENOMICO PERSONALIZADO PARA CANCER DE SENO 70 GENES	$	16.165.248
97	908443	DCISIONRT (PERFIL DE BIOLOGIA MOLECULAR PARA EVALUAR LA EXPRESION DE 7 PROTEINAS PARA PRONOSTICO DE CA IN SITU Y BENEFICIO DE RADIOTERAPIA)	$	12.864.000
98	908443	PANEL SOMATICO MULTIGENICO DE 648 GENES TUMORALES. CON TRANSCRIPTOMA COMPLETO POR RNASEQ + 65 GENES DE CANCER HEREDITARIO + MSI Y TMB PARA ORIENTAR TRATAMIENTO ONCOLOGICO	$	12.669.600
99	908443	PANEL MULTIGEN DE 105 GENES EN BIOPSIA LIQUIDA. INCLUYE TMB Y MSI (TEMPUS XF)	$	13.640.000
100	908443	SIGNATERA INICIAL	$	10.120.000
101	908443	SIGNATERA SEGUIMIENTO (ESTUDIO DE MRD EN CTDNA)	$	6.490.000
102	898112	PROSCAN (PANEL SOMATICO MULTIGENICO DE 24 GENES PARA HRR PARA PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA)	$	2.070.983
103	898802	DECIPHER (ANALISIS DE 22 GENES PARA CANCER DE PROSTATA PARA DETERMINAR RIESGO DE METASTASIS. RECURRENCIA Y MANEJO DE RADIOTERAPIA)	$	11.322.393
104	908433	ESTUDIO MOLECULAR PARA CANCER BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION Y ANALISIS DE DEL/DUP POR CNVS	$	2.037.675
105	908423	BRCA1 Y BRCA2 DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA	$	1.785.811
106	898112	MYCHOICE: ANALISIS DE BRCA1 Y 2 SOMATICO. INCLUYE INESTABILIDAD GENOMICA. RECOMBINACION HOMOLOGA (HRD) Y LOH. TAI LST	$	15.798.856
107	908433	ESTUDIO MOLECULAR PARA CANCER SECUENCIACION+ANALISIS DE DELECIONES/DUPLICACIONES GENES BRCA1 Y BRCA2 EN TEJIDO	$	2.810.495
108	908420	PANEL DE 48 GENES PARA CANCER HEREDITARIO (MYRISK) MYRIAD	$	3.476.400
109	908420	ONCOSCREEN60 (PANEL DE 60 GENES RELACIONADOS CON CANCER HEREDITARIO)	$	2.072.000
110	908420	ONCOSCREEN 91 (PANEL DE 91 GENES RELACIONADOS CON CANCER HEREDITARIO)	$	2.233.847
111	908420	PANEL POR EXOMA DIRIGIDO PARA CANCER HEREDITARIO	$	2.651.110
112	908418	PANORAMA BASICO-TAMIZAJE PRENATAL NO INVASIVO. DETECTA: TRISOMIA 13.18.21.CROMOSOMAS SEXUALES Y *REPORTE DE RH FETAL (LA PRUEBA INCLUYE LA EVALUACIÓN DEL RH FETAL. CUANDO LA MADRE TIENE RH NEGATIVO.)	$	1.330.250
113	908418	PANORAMA EXTENDIDO-TAMIZAJE PRENATAL NO INVASIVO. DETECTA: TRISOMIA 13.18.21. CROMOSOMAS SEXUALES Y SINDROMES COMUNES: DELECION 22Q11.2. PRADER-WILLI. ANGELMAN. DELECION 1P36. CRI-DU-CHAT Y *REPORTE DE RH FETAL (LA PRUEBA INCLUYE LA EVALUACIÓN DEL RH FETAL. CUANDO LA MADRE TIENE RH NEGATIVO)	$	1.719.195
114	908420	ANHELO: PANEL PRE-CONCEPCIONAL INDIVIDUAL (SECUENCIACIÓN DE 437 GENES POR NGS)	$	2.420.021
115	908420	ANHELO: PANEL PRE-CONCEPCIONAL EN PAREJA (SECUENCIACION DE 437 GENES POR NGS)	$	4.790.307
116	908420	ANHELO PLUS: PANEL PRE-CONCEPCIONAL INDIVIDUAL (SECUENCIACIÓN DE 437 GENES POR NGS+ ANALISIS DE EXPANSION DE TRIPLETAS EN EL GEN FMR1 PARA SINDROME DEL X-FRAGIL + ANALISIS POR MLPA EN GENES SMN1 Y SMN2 PARA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL)	$	3.706.645
117	908421	GENOMESCAN (ACGH- HIBRIDACIÓN GENOMICA COMPARADA DE ALTA RESOLUCION ARRAY 180K) + 60000 SNPS Y ANALISIS DE DISOMIA UNIPARENTAL	$	1.636.300
118	908421	HIBRIDACION GENOMICA COMPARA DE ALTA RESOLUCION ARRAY 750K (ACGH)	$	2.000.000
119	908421	HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA DE ALTA RESOLUCION 850K (ACGH)	$	1.636.300
120	908447	SECUENCIACION EXOMICA COMPLETA EN TRIO. ANALISIS DE 23 MIL GENES EN PADRE. MADRE Y PACIENTE) INCLUYE CNVS Y ADN MITOCONDRIAL	$	3.410.000
121	908447	EXOMA CLINICO. ANALISIS DE 7233 GENES INCLUYE CNVS + ADN MITOCONDRIAL	$	3.249.581
122	908447	SECUENCIACION EXOMICA COMPLETA INDIVIDUAL (ANALISIS DE 23MIL GENES. INCLUYE ANALISIS DE CNVS Y ADN MITOCONDRIAL)	$	3.379.028
123	908442	SECUENCIA DEL GENOMA COMPLETO INDIVIDUAL	$	6.230.650
124	908442	SECUENCIA DEL GENOMA COMPLETO DUO	$	6.845.837
125	908442	SECUENCIA DEL GENOMA COMPLETO TRIO	$	8.250.000
126	898802	TEST DEL PROMOTOR DE TERT EN TUMOR	$	999.460
127	898802	ANALISIS DE MUTACIONES IDH1/IDH2	$	1.139.783
128	898802	PANEL PARA OLIGODENDROGLIOMA CODELECION 1P/19Q.10Q. 7P (EGFR). METILACION DEL PROMOTOR MGMT. CDKN2A/B.SECUENCIA IDH1/IDH2. H3F3A (HISTONAS H3.3 K27M Y G34R). TERT. BRAF V600E (INCLUYE LOH Y SI SE REQUIERE ATRX U OLIGO2)	$	5.118.990
129	908420	PANELES POR EXOMA DIRIGIDO DE 2 A 49 GENES	$	3.021.788
130	908420	PANELES POR EXOMA DIRIGIDO DE 50 A 200 GENES	$	2.903.510
131	908420	PANEL POR EXOMA DIRIGIDO DE MAYOR A 200	$	3.335.000
132	908420	PANEL NGS PARA ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA.INCLUYE ANALISIS DEL GEN PKD1 BASADO EN PCR LONG-RANGE	$	2.160.000
133	908420	PANEL SECUENCIACION PARA HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA. INLCLUYE SECUENCIA + MLPA DEL GEN CYP21A2	$	3.058.623
134	908420	ANALISIS DEL GEN CYP21A2 POR SECUENCIA Y MLPA	$	3.014.731
135	908420	PHARMAGENE – SALUD MENTAL: PRUEBA DE FARMACOGENETICA EN SALUD MENTAL Y ANTICONVULSIVANTES	$	2.532.856

136	908420	PHARMAGENE - MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR	$	2.704.643
137	908419	SECUENCIACION COMPLETA DEL ADN MITOCONDRIAL (37 GENES)	$	2.421.898
138	908420	SECUENCIACION COMPLETA EN CUALQUIER GEN	$	2.956.000
139	908420	SECUENCIA NGS + DELECION/DUPLICACION CNVS DE UN GEN ESPECIFICO (UNO SOLO)	$	2.956.000
140	908420	SECUENCIACION SANGER GEN DE 1 A 6 EXONES	$	2.200.000
141	908420	SECUENCIACION SANGER GEN DE 7 A 13 EXONES	$	2.600.000
142	908420	SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (SHOX)	$	1.548.550
143	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (TTR)	$	2.875.000
144	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (COL10A1)	$	2.990.000
145	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (GJB2)	$	2.990.000
146	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (SRD5A2)	$	2.990.000
147	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (HFE)	$	3.050.000
148	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (HESX1)	$	2.990.000
149	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (SRY)	$	1.200.000
150	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (MECP2)	$	2.990.000
151	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (AR)	$	2.160.000
152	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (EDI)	$	2.875.000
153	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (LIPA)	$	2.990.000
154	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (WT1)	$	2.160.000
155	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (F8)	$	2.990.000
156	908420	&SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (GNAS)	$	2.875.000
157	908420	SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (COL2A1)	$	2.990.000
158	908420	SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (SLC34A2)	$	2.990.000
159	908420	SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN (MYH3)	$	2.990.000
160	908420	SECUENCIA NGS + DELECION/DUPLICACION DEL GEN (APC)	$	1.977.600
161	908420	SECUENCIA NGS + DELECION/DUPLICACION DEL GEN (DYSF)	$	1.977.600
162	908420	SECUENCIA NGS + DELECION/DUPLICACION DEL GEN (WASHC5 / KIAA0196)	$	2.990.000
163	908420	SECUENCIA NGS + DELECION/DUPLICACION DEL GEN (FBN1)	$	834.251
164	908420	SECUENCIA NGS + DELECION/DUPLICACION DEL GEN (GNAS)	$	1.163.051
165	908420	SECUENCIA COMPLETA DEL GEN (LZTR1)	$	1.134.251
166	908424	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA EN CUALQUIER GEN (SINGLE SITE) (EXCEPTO PMS2, BRAF, NRAS Y KRAS)	$	474.251
167	908427	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA DEL GEN DE LA PROTOMBINA F2 (G20210A)	$	522.000
168	908424	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA DEL GEN KIT (D816V)	$	474.251
169	908441	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA EN EL GEN F5 (FACTOR V DE LEIDEN) DEL EXON 10	$	277.200
170	908424	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA EN EL GEN JAK2 (V617F)	$	474.251
171	908424	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA EN EL GEN (MPL)	$	628.463
172	908424	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA EN EL GEN (CALR)	$	628.463
173	908426	MUTACION FAMILIAR CONOCIDA EN EL GEN MTHFR (A1298C)	$	308.000
174	908426	MUTACION FAMILIAR CONOCIDA EN EL GEN MTHFR C677T (METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA)	$	284.700
175	908434	ESTUDIO DE MUTACION CONOCIDA EN GEN BRCA1	$	600.000
176	908434	ESTUDIO DE MUTACION CONOCIDA EN GEN BRCA2	$	600.000
177	908424	MUTACION T315I EN BCR/ABL	$	600.000
178	898802	INESTABILIDAD DE MICROSATELITES	$	545.400
179	898802	ESTUDIO DE MUTACION DEL GEN BRAF V600E (P.V600E, P.V600D, Y P.V600K, P.V600R)	$	1.097.000
180	898802	ESTUDIO DE MUTACIONES FRECUENTES PARA EL GEN NRAS	$	1.097.000
181	898802	ESTUDIO DE MUTACIONES FRECUENTES PARAEL GEN KRAS	$	866.650
182	898802	ESTUDIO DE MUTACIONES FRECUENTES PARA EL GEN EGFR	$	866.650
183	898802	DETECCION DE LAS PRINCIPALES VARIANTES DE FUSION DE LOS GENES NTRK1, NTRK2 Y NTRK3	$	1.068.150
184	898802	MUTACION PUNTUAL CONOCIDA ALK, ROS1, RET, MET	$	1.068.150
185	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS GGGGCC EN EL GEN C9ORF72	$	918.150
186	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS GCG EN EL GEN PABPN1	$	860.050
187	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS ENFERMEDAD DE HUNTINGTON (CAG) (HTT)	$	786.900
188	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS SINDROME DEL X-FRAGIL (CGG) (FMR1)	$	805.650
189	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS DISTROFIA MIOTONICA TIPO 1_ENFERMEDAD DE STEINERT, DM1 (DMPK)	$	918.150
190	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS CAG- PARA ATAXIA TIPO 3, ENFERMEDAD DE MACHADO-JOSEPH SCA3 EN EL GEN ATXN3	$	786.900
191	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS ATAXIA DE FRIEDREICH - FRDA (GAA) (FXN)	$	918.150
192	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS ATAXIA ESPINOCEREBELOSA TIPO 10 (GEN ATXN10 / SCA10)	$	786.900
193	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS CAG EN EL GEN PPP2R2B(SCA12)	$	918.150
194	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS CAG- PARA ATAXIA ESPINOCEREBELOSA TIPO 2 SCA2 EN EL GEN ATXN2	$	908.444
195	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS DEL GEN TBP(SCA17)	$	908.444
196	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS CAG EN EL GEN ATN1	$	908.444
197	908444	DETECCION DE LA EXPANSION DE TRIPLETAS GCG EN EL GEN PABPN1	$	1.083.800
198	908444	EXPANSION DE TRIPLETES EN LOS GENES: ATXN1, ATXN2, ATXN3, CACNA1A Y ATXN7 (ATAXIAS ESPINOCEREBELOSAS: SCA1, SCA2, SCA3, SCA6, SCA7)	$	1.956.284
199	908444	EXPANSION DE TRIPLETES EN LOS GENES: ATXN8OS/ATXN8, ATXN10, PPP2R2B Y TBP (ATAXIAS ESPINOCEREBELOSAS: SCA8, SCA10, SCA12 Y SCA17)	$	1.716.319
200	908444	PANEL DE EXPANSION DE TRIPLETES PARA ATAXIAS 11 GENES ANALISIS DE EXPANSION DE TRIPLETES (GENES: ATN1(DRPLA), ATXN1, ATXN2, ATXN3, CACNA1A(SCA6), ATXN7, ATXN8OS/ATXN8, ATXN10, PPP2R2B(SCA12), TBP (SCA17), Y FXN.	$	3.275.440
201	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA DE LOS GENES SMN1/SMN2	$	1.050.889
202	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA DEL GEN LPL	$	1.350.940
203	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA DEL GEN SHOX	$	1.359.600
204	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA DEL GEN LDLR	$	1.187.902
205	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA DEL GEN ALPL	$	1.400.000
206	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA DEL GEN PMP22	$	1.320.000
207	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA DEL GEN DMD	$	1.519.133

208	908423	ESTUDIO DE DELECIONES/DUPLICACIONES POR MLPA PARA SINDROME HEMOLITICO-UREMICO ATÍPICO GENES (CFH, CFHR1, CFHR2, CFHR3 Y CFHR5)	$	1.266.133
209	908446	ANÁLISIS DE METILACIÓN DE LOS GENES MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, BRAF	$	1.663.999
210	908446	SINDROME DE PRADER-WILLI/ANGELMAN (ANALISIS METILACIÓN Y DELECIONES/DUPLICACIONES MEDIANTE MS-MLPA) 15Q11-13 (INCLUDE SNRPN GENE)	$	845.000
211	908446	SINDROME DE SILVER-RUSSELL (DELECIONES/DUPLICACIONES EN LA REGIÓN 11P15 Y METILACIÓN DE LAS REGIONES DMR1 (H19) Y DMR2 (KCNQ1OT1)) (INCLUYE ANALISIS DISMONIA 7 UPD7)	$	1.662.000
212	908423	SINDROME DE BECKWITH-WIEDEMANN (ANALISIS METILACIÓN Y DELECIONES/DUPLICACIONES EN LA REGIÓN 11P15.5)	$	1.662.000
213	908423	DISOMIA UNIPARENTAL DEL CROMOSOMA 7 (MS-MLPA, UPD6, UPD7, UPD14)	$	1.813.000
214	908423	DELECIONES/DUPLICACIONES DEL ADN MITOCONDRIAL	$	1.301.708
215	908424	D4Z4 (DISTROFIA FASCIO-ESCAPULO-HUMERAL)	$	3.702.959
216	908423	DISOMÍA UNIPARENTAL DEL CROMOSOMA 15 (CASO ÍNDICE, UPD15)	$	2.212.903
217	908446	ANALISIS DE METILACION DEL GEN MLH1 EN TEJIDO TUMORAL	$	1.922.000
218	908418	DETERMINACION CUALITATIVA DE LA FUSION BCR-ABL T(9:22) (PCR)	$	845.000
219	908418	ESTUDIO MEDIANTE FISH DE T(9:22) BCR/ABL - CUALITATIVO	$	845.000
220	908418	RT-PCR T(9;22) (BCR/ABL) - CUANTITATIVO	$	855.700
221	908418	CUANTIFICACIÓN BCR/ABL (P190) - CUANTITATIVO	$	684.255
222	908418	CUANTIFICACIÓN BCR/ABL (P210) - CUANTITATIVO	$	683.983
223	908418	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (BCR/ABL CUANTITATIVA TRANSLOCACION (9;22) 4.5 LOG, FUSION P210)	$	698.258
224	908413	ESTUDIOS MEDIANTE FISH ANALISIS DEL HER2	$	823.878
225	898807	ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA DEL GEN PDL1	$	1.091.882
226	908420	FISH PRENATAL (ESTUDIO DE TRES SONDAS 13,18,21,X/Y)	$	755.605
227	908418	FISH SINDROME DE PRADER WILLI/ANGELMAN (15Q11)	$	763.832
228	908418	FISH MILLER DIEKER (17P.13)	$	742.664
229	908418	FISH DE DELECION 7Q 11.23-Q31 (SINDROME DE WILLIAMS)	$	742.664
230	908418	FISH DE DELECIÓN 22Q11.2	$	845.000
231	908418	FISH PARA LA FUSION GENICA FIP1L1-PDGFRA (4Q12)	$	845.000
232	908418	FISH DE DELECIÓN DE TP53 (17P13.1) EN SANGRE O TEJIDO	$	1.187.500
233	908418	FISH DE DELECIÓN ATM (11Q22.3)	$	940.042
234	908418	FISH AML, AML1/ETO TRANSLOCATION 8;21	$	742.664
235	908418	ESTUDIO MOLECULAR POR FISH PARA LA FUSION PML/RARA T(15;17)	$	845.000
236	908418	DELECIÓN DE MLL(KMT2A) 11Q23	$	768.792
237	908418	FISH AML, CBFB/MYH11, INVERSION (INV(16)VT(16;16)	$	742.664
238	908418	FUSIÓN GENICA FGFR3-IGH T(4;14)	$	757.376
239	908418	FISH PARA TRANSLOCACION DEL ONCOGEN CMYC TRANSLOCACIÓN 8;14	$	763.084
240	908418	FUSIÓN GENICA TEL-AML (12;21)	$	763.084
241	908418	FISH DE TRANSLOCACION T(11;14) IGH/CCND1(IGH/BCL1)	$	763.084
242	908418	ESTUDIOS MEDIANTE FISH DELECIÓN 5Q (SINDROME MIELODISPLASICO)	$	776.896
243	908418	FUSIÓN GENICA MLL/AFF1 T(4;11)	$	845.000
244	908418	FUSIÓN GENICA BCL2-IGH T(14;18)	$	779.094
245	908418	ESTUDIOS MEDIANTE FISH AMPLIFICACIÓN DEL GEN C-MYC (8Q24)	$	845.000
246	908418	ESTUDIO MEDIANTE FISH BCL2 (18Q21) BREAK	$	867.813
247	908418	ESTUDIO MEDIANTE FISH BCL6 (3Q27) BREAK	$	726.600
248	908418	ESTUDIO MEDIANTE FISH AMPLIFICACIÓN MDM2 (12Q15)	$	845.000
249	908418	ESTUDIO MEDIANTE FISH AMPLIFICACIÓN CDK4	$	914.544
250	908418	FISH PARA SARCOMA EWSR1 (22Q12) - SONDA BREAK APART	$	832.160
251	908418	FISH PARA SARCOMA SINOVIAL SYT (SS18) T(X;18)- SONDA BREAK APART	$	1.200.000
252	908418	ESTUDIOS MEDIANTE FISH FISH DE N-MYC (2P24)	$	819.000
253	908418	ONCOFISH PARA MM (4 SONDAS: 13Q-, 17P-, T(4;14), T(11;14))	$	1.212.106
254	908418	RT-PCR DEL(1P32) (SIL/TAL1)	$	780.295
255	908418	RT-PCR T(1;19) (E2A/PBX1)	$	845.000
256	908418	RT-PCR T(12;21) (TEL/AML1)	$	780.295
257	908418	ESTUDIOS MEDIANTE RT-PCR PARA PML-RARA T(15;17), CUALITATIVA	$	845.000
258	908418	RT-PCR T(4;11) (KMT2A/AF4)	$	604.198
259	908418	RT-PCR T(5;12) (TEL/PDGFRB)	$	644.811
260	908418	RT-PCR T(8;21) (AML1/ETO)	$	805.573
261	908418	RT-PCR T/INV(16) (CBFB/MYH11)	$	613.508
262	908418	RT-PCR FIP1L1-PDGFRA	$	549.559
263	908418	RT-PCR T(6;9)(P23;Q34) (DEK/CAN)	$	849.448
264	908448	CARIOTIPO CON BANDEO G	$	304.800
265	908448	CARIOTIPO CON BANDEO Q	$	304.800
266	908448	CARIOTIPO CON BANDEO C	$	218.367
267	908448	CARIOTIPO BANDEO RT DE ALTA RESOLUCION	$	441.883
268	908418	CARIOTIPO CROMOSOMA X FRAGIL (RETARASO MENTAL/AUTISMO)	$	468.034
269	908411	CARIOTIPO ESTADOS LEUCEMICOS (INCLUYE CROMOSAMA DE FILADELFIA)	$	516.448
270	908439	CARIOTIPO PARA ANEMIA DE FANCONI	$	301.713
271	908418	CARIOTIPO FISH PARA ANEUPLOIDIAS CROMOSÓMICAS (13, 18, 21, X Y Y).	$	908.418

ANEXO No. 3

OFERTA ECONOMICA GRUPO I

El oferente deberá diligenciar y presentar con la oferta **ESTE FORMATO,** el cual debe estar 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.

DESCRIPCIÓN SERVICIOS	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO
GRUPO I: TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL COMPLEMENTARIO – UNIDAD PRETADORA DE SALUD ATLANTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No 8 Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES.	**_____%**

NOTAS INFORMATIVAS:

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 no indica ningún valor como porcentaje de descuento. esta se entenderá como 0%

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

ANEXO No. 3

OFERTA ECONOMICA GRUPO II

El oferente deberá diligenciar y presentar con la oferta **ESTE FORMATO.** el cual debe estar 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.

DESCRIPCIÓN SERVICIOS	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO
GRUPO II: TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL COMPLEMENTARIO – UNIDAD PRETADORA DE SALUD ATLANTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No 8 Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES.	**_____%**

NOTAS INFORMATIVAS:

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 no indica ningún valor como porcentaje de descuento. esta se entenderá como 0%

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

ANEXO No. 4
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA PARA LOS DOS GRUPOS

En general son obligaciones del CONTRATISTA:

1) Cumplir con el objeto contractual.
2) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales evitando dilaciones y trabas.
3) Responder en los plazos que la POLICÍA establezca en cada caso. los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
4) Cumplir cabalmente con sus obligaciones. frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar. Sena e ICBF). por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
5) Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual de la Unidad Prestadora de servicios en salud Atlántico o quien haga sus veces. dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato. la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar tales como publicación en el Diario Único de Contratación Pública e impuesto de timbre. si lo requiere.
6) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil. penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
7) No acceder a peticiones o amenazas. de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho. El CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Unidad Prestadora de servicios en salud Atlántico y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
8) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
9) Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual. cuando se lo requiera o al finalizar el contrato. en caso que se hayan suministrado.
10) Los demás contenidos en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993. así mismo. será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
11) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna. respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato
12) Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50%. en un setenta 70% el valor del contrato. y en adelante semanalmente hasta el 100%.
13) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supe salud 056/2008. así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios. definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
14) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la USP o el ordenador del gasto
15) Enviar el primer día hábil de cada semana a la USP la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional)
16) Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente. eficiente. amable y con excelente trato. dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio. de manera oportuna y con calidad. si discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.
17) Mantener vigentes los permisos. licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.

18) Una vez agotado el contrato. El CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato. salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado. de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones. no serán pagados por el contratante

19) El CONTRATISTA deberá designar un coordinador médico para que. en conjunto con el supervisor del contrato o auditor médico del Contratante. den solución a los posibles inconvenientes que puedan presentarse durante el desarrollo y ejecución del contrato

20) La atención de los eventos adversos generados durante la atención entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente". correrán por cuenta del prestador.

21) El CONTRATISTA se compromete a que el personal asistencial que preste servicios conozca y aplique los lineamientos establecidos en el instructivo N. 009 DISAN-AGESA del 06 de marzo de 2014 "Modelo de atención en salud familiar con enfoque en riesgo de la Policía Nacional

22) El CONTRATISTA se compromete a dar aplicación al Decreto 2200 de junio 28 2005. por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. para lo cual las fórmulas tendrán lo escrito en el Artículo 17. *Contenido de la prescripción.* La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener. como mínimo. los datos que aplican en el decreto y demás disposiciones

23) Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 093 del 2025 por el cual se establece el Plan De Servicios De Sanidad Militar y Policial.

24) Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a las necesidades de los usuarios. en las instalaciones cumpliendo con los pliegos de condiciones a través de la presentación de oferta presentada.

25) Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación. y con la mayor diligencia y cuidado. utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados. sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro. así como los deberes que impone la sana práctica profesional. el orden público. la moral y las buenas costumbres.

26) Las actividades inherentes al servicio las desarrollará en las instalaciones del oferente. utilizando los equipos y personal que se requiera. El personal que utilice para la realización de las actividades no tiene ni tendrá ninguna relación laboral con la Policía Nacional la cual no pagará honorarios diferentes a los establecidos para la realización del objeto contractual.

27) Si algún usuario de la Policía Nacional llegase directamente a solicitar un Servicio sin previa autorización debe notificar a la Unidad Prestadora de salud Atlántico de inmediato. no se podrán prestar servicios sin autorización.

28) Permitirán la asistencia de la Auditoría de Concurrencia por parte del Auditor de Calidad o de pertinencia de la Unidad Prestadora de salud Atlántico para los fines que establece la Ley respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la Atención en Salud.

29) En cumplimiento de la Resolución No. 001446 de 2006 por la cual se define el Sistema de información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. En su artículo No. 4°. reporte de la información: las entidades responsables de reportar información deberán a hacerlo a la Superintendencia Nacional de Salud. quien realizará la validación y cargue de la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

30) Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios. que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica. que será el soporte de estas solicitudes.

31) El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Unidad Prestadora de salud Atlántico o sus fines.
32) EL CONTRATISTA debe garantizar el objeto contractual ofertado en la propuesta presentada. durante la ejecución del contrato.
33) Deberá priorizar en la atención las poblaciones vulnerables protegidas constitucionalmente como: gestante; maternas; menores de 5 años; adolescentes menores de 18 años; adultos mayores; discapacitados.
34) No se aceptan notas marginales en referencia al precio acordado en el contrato.
35) Cumplir con el Decreto 1011 de 03-Abr-06. y las resoluciones 1043 (Habilitación) y 1445 (Estándares de Calidad).
36) Por ningún motivo se abstendrá de atender y no devolverá al usuario en comento sin informar previamente a la institución el imprevisto presentado. esto con el fin de evitar insatisfacción al Usuario
37) El CONTRATISTA tendrá que prestar los servicios y mantener una disponibilidad durante el horario presentado en la oferta de servicios. durante todo el periodo de ejecución del contrato y en ningún caso y bajo ninguna circunstancia El CONTRATISTA podrá abstenerse de recibir al usuario. argumentando no tener disponibilidad del servicio requerido.
38) Informar por escrito al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el cincuenta por ciento (50%). el setenta por ciento (70%). el noventa por ciento (90%) y en el cien por ciento (100%) del valor del contrato.

39) Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días del mes siguiente. en la Oficina de Central de Cuentas del área Sanidad Policía del Atlántico acompañada de la siguiente información:
a)Factura de venta original o cuenta de cobro que cumpla con los requerimientos de ley
b) Certificado de pago de aportes parafiscales u Oficio de manifestación bajo a la gravedad de juramento de la obligación.
c) Certificación del pago de seguridad social integral expedido por la entidad competente
e) Orden del servicio (autorización) expedida por el Área de Sanidad con las respectivas firmas
f) Informe del examen o servicio prestado al usuario.

40) EL CONTRATISTA deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados. del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 *"por la cual se desarrollan los sistemas de facturación. los proveedores tecnológicos. el registro de la factura electrónica de venta como título valor. se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación*". NOTA: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.

41) Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual. el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud. adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación. sustracción. divulgación. alteración. ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato. el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física. lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor. información contenida en los sistemas de información. documentación física. archivos digitales. información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.

42) Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada. facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual. será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata. se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la Configuración o estructuración exacta de sus componentes. no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso. y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables. de acuerdo con las circunstancias del caso. a fin de mantener su carácter confidencial.
43) Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable. en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014. del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen. reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad. seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.
44) El contratista debe enviar al supervisor del contrato la siguiente información mensual:

- El consolidado de los reportes de casos objeto de SIVIGILA. de acuerdo al Decreto 1562 de 1984 y los que le siguen; adicionalmente se reportará semanalmente cada lunes al Área de Sanidad Atlántico.
- El reporte indicadores de alerta temprana (viruela. sarampión. rubeola. rabia humana transmitida por perros y gatos. fiebre amarilla. cólera. gripe humana por nuevos virus) de acuerdo a la Circular 056 de 2009 y siguientes.
- Las novedades en el estado de habilitación de acuerdo al Decreto 1011 de 2006; RESOLUCION 3100 DE 2019 y subsiguientes. Adicionalmente se reportará el mismo día que se reporte la novedad en la secretaría de salud.
- El reporte de pacientes atendidos y la relación de exámenes realizados en el periodo. siguiente a la prestación del servicio.
- El reporte mensual de pruebas con resultados en Microbiología
- Anunciar el monto y el porcentaje de ejecución económico acumulado del contrato.
- Enviar certificación del consumó del contrato mensual estricto cumplimiento el día 1 de cada mes.

ANEXO No.5

OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8

1. Poner a disposición del CONTRATISTA los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal. asignar un supervisor. a través de quien la POLICÍA NACIONAL mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.

3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto. exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el CONTRATISTA. cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones

5. técnicas contenidas en el anexo técnico.

6. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL. sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

7. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

8. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

9. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual.

10. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

11. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

ANEXO N°6

FORMULARIO SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS
PARA LOS DOS GRUPOS

Soledad, _____ de_____ de 2026

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8

La firma _____se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir. el cual tiene por objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – RASES8 EN LOS GRUPOS DE: **GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES.**

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

ANEXO N° 7
TIPIFICACION, ESTIMACIÓN, DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

ETAPA CONTRACTUAL PARA LOS DOS GRUPOS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.12	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MAS PARA FECTOS DE LIQUIDACION. CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TÉRMINOS DE LA CLAUSULA PENOL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL BIEN ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.15 .	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE	AMPARA EL RIESGO DE LA MALA CALIDAD DEL BIEN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 1 AÑO MAS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SUMINISTRO ENTREGADO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES. ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.13 .	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS. CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.17 .	200 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO. CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCION DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA SUS SUBCONTRATISTA. LA POLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MINIMO EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL DECRETO 1082 de 26 de Mayo de 2015

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNA DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNA DE SUS MODIFICATORIOS. LA POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENOL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

MATRIZ DE RIESGOS Y LA FORMA DE MITIGARLO

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia en la Ejecución del Proyecto	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento contractual y por cumplimiento	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación final						¿Cómo se revisa el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN Y SELECCIÓN	RIESGO REGULATORIO	Pérdida de vigencia de la normatividad aplicable.	Pérdida de tiempo en el proceso de implementación y ajuste de la nueva normatividad	3	2	5	MEDIO	ENTIDAD	Conocer el régimen de transición entre la normatividad que se venía aplicando y la nueva normatividad. estar.	1	2	3	BAJO	NO	NO	ENTIDAD	Elaboración del estudio previo	Permanente	Verificación de normatividad vigente, actualización	Permanente
2	ESPECIFICO	EXTERNO	SELECCION	OPERACIONAL	Falsedad en los documentos que conforman la oferta	Declaratoria desierta del proceso de contratación	1	4	5	MEDIO	ENTIDAD	Declaratoria desierta del proceso de contratación	1	4	5	BAJO	NO	NO	ENTIDAD	fecha de evaluación de las ofertas	Evaluación de las ofertas	Publicación de las evaluaciones	Verificación de los documentos que integra la oferta
3	GENERAL	EXTERNO	CONTRATACIÓN	RIESGO OPERACIONAL	Imposibilidad sobreviviente durante el desarrollo del contrato.	Terminación anormal del proceso de contratación y no cumplimiento del objeto del contrato	1	4	5	MEDIO	CONTRATISTA	Evitar el riesgo / declaración juramentada donde se certifique no estar incurso en inhabilidades	1	3	4	BAJO	NO	NO	ENTIDAD	Adjudicación	Evaluación Jurídica	Publicación de las evaluaciones	Periodo de tiempo
4	GENERAL	EXTERNO	CONTRATACION	RIESGO OPERACIONAL	Que el contratista no cumpla a cabalidad con las cláusulas y condiciones técnicas	Riesgo derivados de la deficiente calidad y mala prestación del servicio	2	4	6	ALTO	CONTRATISTA	Aceptar las sanciones y consecuencias de incumplimiento	1	2	3	BAJO	SI	SI	ENTIDAD	Desde el momento en que se detecte la incurrencia	Al momento en que se adopten las medidas pertinentes	Mediante la supervisión del contrato	Durante la ejecución del contrato
5	GENERAL	EXTERNO	EJECUCION	RIESGO OPERACIONAL	Que el contratista no cumpla con las obligaciones contractuales.	El objeto de proceso proceso no resulta satisfactorio, generando incumplimiento del contrato y posible imposición de sanciones y/o determinación anormal del mismo.	1	4	5	MEDIO	CONTRATISTA	Aceptar las sanciones y consecuencias de incumplimiento	1	2	3	BAJO	SI	NO	ENTIDAD	Desde el momento en que se detecte la incurrencia	Al momento en que se adopten las medidas pertinentes	Mediante la supervisión del contrato	Durante la ejecución del contrato
6	GENERAL	EXTERNO	EJECUCION	RIESGO FINANCIERO	Daños a terceros por responsabilidad civil y extracontractual	La prestación del mal servicio que cause daños permanentes o parciales a la salud del usuario	1	4	5	MEDIO	CONTRATISTA	Amparo de daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución del contrato amparado, y cuyo beneficiarios serán la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista a sus subcontratistas	3	4	2	BAJO	SI	NO	LA ENTIDAD Y EL CONTRATISTA	Desde el momento en que se detecte la incurrencia	Al momento en que se adopten las medidas pertinentes	Monitoreo jurídico y por garantía y Calidad.	Durante la ejecución del contrato
7	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	ECONÓMICO	Variación de la tasa de cambio del dólar que genere impacto al operador, respecto a los precios ofertados	Incremento en el valor de los repuestos e insumos	2	2	4	BAJO	CONTRATISTA	Sitios auditorias de inventarios. Especialidad cumplimiento contabilidad de precios a los laboratorios	1	1	2	BAJO	NO	SI	CONTRATISTA	Durante la ejecución del contrato	Fecha final del contrato incluidas sus prórrogas	Supervisión del contrato	Permanente
8	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	ECONÓMICO	Daños y pérdidas de los elementos o equipos de propiedad del proveedor que sean puestos al servicio de la dirección de sanidad	El daño o pérdida de los elementos o equipos de propiedad del proveedor no permitirán realizar de manera óptima el procedimiento de las pruebas	2	2	4	BAJO	CONTRATISTA	Verificar el cumplimiento de los mantenimientos preventivos y correctivos. revisar periódicamente el inventario y condiciones físicas de los equipos	1	2	3	BAJO	SI	SI	ENTIDAD-CONTRATISTA	Fecha inicio del contrato	Fecha final del contrato incluidas sus prórrogas	Supervisión del contrato	Permanente

ANEXO No. 8
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LOS DOS GRUPOS

Ciudad, seleccionar la fecha
Señores.
DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía. cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – RASES8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES.

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 la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

> *"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".*

PERSONA JURÍDICA
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa. actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato.

PERSONA NATURAL
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fuí contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.
De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- **Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.**

- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III.

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.
El proponente:

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

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional.

ANEXO N°9

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL PARA LOS DOS GRUPOS

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8
Soledad - Atlántico

Yo,_____, Representante de la Firma_____, identificado con c.c._____ de _____ certifico que la firma que represento, Cuenta con la infraestructura, recursos técnicos y tecnológicos y disponibilidad e idoneidad del personal, necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

Expedida el día _____

NOMBRE DEL PROPONENTE.
NIT O C.C.

FORMULARIO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA PARA LOS DOS GRUPOS

Ciudad, Soledad,

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8
Avenida Circunvalar No 45-124
Soledad, Atlántico.

YO, _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____, de conformidad con lo establecido en el(la) _____, me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8, conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la 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 los Pliegos de Condiciones y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida al mismo, teniendo en cuenta su descripción y especificaciones técnicas.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta 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. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los Pliegos de Condiciones y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra 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 bienes ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los Pliegos de Condiciones para la Selección Abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los bienes y/o servicios ofertados, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen

cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los Pliegos de Condiciones, sus Anexos, sus Formularios y Adendas que llegaren a suscribirse.

8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del 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.
9. 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.
10. 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 o 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.
11. 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.
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 o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y 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 explicita 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. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y
obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de

responsabilidad previstas en la Ley.

14. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
15. 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.
16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección: _____; Teléfono (os): _____ Fax: _____.
17. 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 No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
18. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
19. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (04) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

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

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA PARA LOS DOS GRUPOS

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA_____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

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

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.
2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO
Anexar: Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal
(Adjuntar original de certificación bancaria). Certificación Bancaria vigente, con expedición no superior a 30 días.

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA PARA LOS DOS GRUPOS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	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 incluido 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 Único 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 Único Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) si es comerciante.

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia o cualquier documento que soporte el cuidadano

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 objeto 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 JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA — Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código interno Nación

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

Tipo documento de identificación: _____

Cédula de Ciudadanía		Nro.	
Cédula de Extranjería		Nro.	
NIT Persona Jurídica		Nro.	
NIT Persona Natural		Nro.	
Pasaporte		Nro.	
Registro Civil		Nro.	
Tarjeta de Identidad		Nro.	
Otro Tipo Documento		Nro.	Cual

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION 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 Com del Estado	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal		Administradoras Multisalarios	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Instituto de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Publica		Preexistente	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Animo de Lucro			
Sociedad Succursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

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

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		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	

Dirección _____ Teléfono _____

E-mail _____ Fax _____

País _____ Región _____

Ciudad _____

Localización Nacional Extranjero

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 sus(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 Ahorros 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 válido 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

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN PARA LOS DOS GRUPOS

Soledad , de 2026

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

Referencia: **Compromiso** anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía, Número **PN RASES8 MIC 2026**,cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – RASES8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES.**

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 la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
PRIMERO: que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.
SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;
TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:
COMPROMISOS ASUMIDOS.
El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,
El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;
El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.
No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.
Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.
El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.
En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente:

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

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal.

FORMULARIO No. 4

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS PARA LOS DOS GRUPOS

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, asociacion, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documento 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 precontractuales 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 contrarían 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 contrarían 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.

8. 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

FORMULARIO No. 5
FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS DOS GRUPOS

Soledad,

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

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía, Número **PN RASES8 MIC 2026**, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – RASES8 EN LOS GRUPOS DE: **GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES. .**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociacion o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente) **domiciliado en** Domicilio de la persona firmante , **identificado con** Documento de identificacion de la persona firmante y lugar de expedición, **quien obra en calidad de representante legal** Seleccionar la opción correspondiente, **si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:**

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Seleccionar la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

Segundo: que el **proponente** entiende que parte de la información a la cual tendrá acceso por causa o con ocasión de los procesos de contratación descritos en el numeral anterior se encuentra sujeta a reserva legal por tratarse de actividades relacionadas con la defensa y seguridad de la nación.

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.

2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.

7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.

8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato.

9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.

11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

_____

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

FORMULARIO N° 6
COMPROMISO AMBIENTAL PARA LOS DOS GRUPOS

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: presentación de propuesta para el proceso de mínima cuantía **PN RASES8 MIC _____ 2026** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES.**

El suscrito: _____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual las buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la legislación ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final. Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente, con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

- Las aplicaciones de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar la prestación del servicio, serán asumidos como mi responsabilidad.
- Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- El personal bajo mi responsabilidad, realizara capacitaciones en temas ambientales tales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- Presentar al supervisor del contrato el análisis del ciclo de vida de los productos o insumos que se utilizan en la prestación del servicio.
- Allegar copia de destinación final de los elementos al momento de radicación de la factura.

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 el teléfono del proveedor
Email: Diligenciar el e-mail del proveedo

FORMULARIO N° 7

FORMULARIO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA LOS DOS GRUPOS

Soledad, _____ de_____ de 2026

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

Referencia: certificado de inhabilidad e incompatibilidad del proceso de Mínima Cuantía , cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES.**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (Policía Nacional – REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No 8). En especial, que no aparezco reportado en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

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

FORMULARIO N° 8
CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: constancia **cumplimiento obligaciones parafiscales** del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 MIC _____ 2026 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES**

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ representante legal de la Empresa_____ con Nit N°_____ manifiesto bajo la gravedad del 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 firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las 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 contratado cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD INSCRITO EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No8 EN LOS GRUPOS DE: GRUPO I TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, GRUPO II TOMA Y REALIZACION DE EXAMENES DE PRUEBAS DE GENETICA ESPECIALIZADO Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS. DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES**

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

FORMULARIO N°9

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Se debe diligenciar por cada funcionario

Ciudad (donde presta el servicio) y fecha:	
Unidad donde labora el profesional empleado:	
Nombres y Apellidos:	
Cédula 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

FORMULARIO N° 10
FORMATO DE VISITA TECNICA

La Unidad Prestadora de Salud Atlántico. por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso. realizará visitas de campo a las instalaciones de los proponentes durante la etapa de evaluación de las ofertas. Esta verificación presencial se aplicará de manera obligatoria para los **dos (02) grupos** que integran la presente contratación.

Dicha medida se justifica técnicamente en la necesidad de constatar directamente en el terreno las condiciones de infraestructura. dotación tecnológica. estándares de bioseguridad y capacidad operativa instalada de los laboratorios. Al tratarse de exámenes de genética y servicios de alta complejidad. el comité debe mitigar los riesgos contractuales y garantizar de forma objetiva que los oferentes cumplen fielmente con los requisitos de habilitación técnica exigidos. asegurando así la calidad. confiabilidad y continuidad en la atención de los usuarios.

ITEM	CRITERIO TECNICO	EVIDENCIA/OBSERVACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO (RESOLUCIÓN 3100 DE 2019)				
5	TOMA DE MUESTRA			
6	SALA DE ESPERA			
7	VENTANILLA DE ATENCION PREFERENCIAL (Embarazadas. personas en condición de discapacidad. adulto mayor. personas con movilidad reducida)			
8	ÁREAS DIFERENCIADAS PARA RECEPCIÓN. PREPARACIÓN. PROCESAMIENTO Y ALMACENAMIENTO.			
9	REGISTRO DE CAPACITACIONES AL PERSONAL TÉCNICO-OPERATIVO			
SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
10	LA ENTIDAD DEBERÁ DISPONER DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIO ELECTRÓNICO CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS. QUE GARANTICE ACCESOS RESTRINGIDOS SEGÚN ROL. TRAZABILIDAD COMPLETA DE LAS ACCIONES. VALIDACIÓN PROFESIONAL CERTIFICADA Y CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE PROTECCIÓN DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.			
PROCESOS PRIORITARIOS				
11	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
12	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)			
13	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			

_____
Firma y nombre (Diligenciar el nombre completo del funcionario que realiza la visita)

_____
Firma y nombre completo del funcionario que atiente la visita

_____
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

FORMULARIO N° 11

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022

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.	[redacted] 79% -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	[redacted] 89% - 80% 79% -70% [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	

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.	[redacted] 90% -94% 80% – 89% [redacted]

Indicador Nro. 3 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	[redacted] 80% – 89%
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	**Porcentaje de reporte oportuno de valores críticos**	Numerador: Número de resultados críticos reportados oportunamente al profesional tratante o entidad remitente, dentro del tiempo estándar definido. Denominador: Total de resultados críticos identificados durante el período evaluado.	[redacted] 70%-79%

Indicador Nro 3 1. Nombre: **Porcentaje de reporte oportuno de valores críticos**	
2. Descripción Mide la capacidad del prestador para identificar, validar y reportar de manera inmediata los resultados críticos de laboratorio al profesional tratante y/o entidad remitente, dentro de los tiempos establecidos. Este indicador permite evaluar la oportunidad en la comunicación de eventos que representan riesgo para la vida o la salud del paciente, garantizando la seguridad del usuario, la intervención médica oportuna y la continuidad del tratamiento	
3. Unidad de medida: porcentaje %	
4. Fórmula	Numerador: Número de resultados críticos reportados oportunamente al profesional tratante o entidad remitente, dentro del tiempo estándar definido. Denominador: Total de resultados críticos identificados durante el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	mensual
6. Progresividad de la medición Mes **1–2 (Fase de estandarización):** Se orienta a la implementación y ajuste de los protocolos de identificación, validación y notificación de valores críticos en el laboratorio clínico. Durante este periodo, el prestador deberá verificar la correcta aplicación de los procedimientos, asegurar la trazabilidad de los reportes y detectar posibles fallas en la comunicación oportuna con el profesional tratante (cuellos de botella operativos).	

Mes **3–4 (Fase de ajuste y control):** Se exigirá un cumplimiento mínimo del **80% en el reporte oportuno de valores críticos**, evidenciando la implementación de acciones correctivas frente a fallas detectadas. El prestador deberá demostrar la reducción de retrasos en la notificación y garantizar la efectividad de los canales de comunicación con el personal asistencial. Mes **5 en adelante (Fasedeconsolidación):** Se exigirá el cumplimiento del **100% del indicador**, teniendo en cuenta que el reporte de valores críticos está directamente relacionado con la seguridad del paciente. A partir de esta etapa, el indicador tendrá carácter obligatorio y vinculante para la evaluación del desempeño contractual, en concordancia con lo establecido en el **Decreto 441 de 2022** y la **Resolución 2335 de 2023.**

7. Tipología	Indicador de proceso
8. La población objeto de medición estará conformada por todos los resultados de laboratorio clínico identificados como críticos, conforme a los protocolos definidos por el prestador, en los usuarios atendidos durante el periodo evaluado	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Resolución 2335 de 2023 y Decreto 441 de 2022.
10. Meta, umbral o rango esperado	80% -89%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	15 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Oportunidad de entrega de resultados diagnósticos	Numerador: Número de resultados de laboratorio clínico entregados dentro de los tiempos estándar definidos, medidos desde la toma de la muestra hasta la entrega del resultado validado, de acuerdo con la oportunidad establecida. Denominador: Total de resultados de laboratorio clínico generados durante el período evaluado.	80% – 89%

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Oportunidad en la entrega de resultados diagnósticos
2. Descripción: Mide el porcentaje de resultados de laboratorio clínico entregados dentro de los tiempos estándar definidos según la prioridad clínica (urgente, prioritaria o rutinaria), desde la toma de la muestra hasta la validación y entrega del resultado al usuario o al sistema de información institucional. Este indicador permite evaluar la oportunidad en el proceso diagnóstico, impactando directamente la toma de decisiones clínicas, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente.
3. Unidad de medida: Porcentaje

4. Fórmula	Numerador: Número de resultados de laboratorio clínico entregados dentro de los tiempos estándar definidos, medidos desde la toma de la muestra hasta la entrega del resultado validado, de acuerdo con la oportunidad establecida.

	Denominador: Total de resultados de laboratorio clínico generados durante el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La implementación del indicador se realizará de forma progresiva, permitiendo el ajuste de procesos operativos y tiempos de respuesta: **Mes 1:** Levantamiento de línea base y definición de tiempos estándar por tipo de prueba. **Mes 2 a Mes 4:** Cumplimiento mínimo del **85%**, con ajustes operativos en procesamiento y validación. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento de la meta ≥ **95%**, con carácter obligatorio para evaluación contractual.	
7. Tipología	Calidad-oportunidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional a quienes se les solicitan exámenes de laboratorio clínico.	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud), Resolución 256 de 2016 (monitoreo de calidad), Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022 (seguimiento mediante indicadores de calidad, gestión y resultados)
10. Meta, umbral o rango esperado	90% - 94% 80% – 89%
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	Tasa de repetición de exámenes de laboratorio clínico	Numerador: Número de exámenes de laboratorio clínico repetidos por causas atribuibles al prestador (errores preanalíticos, analíticos o postanalíticos) durante el período evaluado. Denominador: Total de exámenes de laboratorio clínico realizados durante el período evaluado.	>5->8%

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Tasa de repetición de exámenes de laboratorio clínico
2. Descripción: Mide el porcentaje de exámenes de laboratorio clínico que deben ser repetidos debido a errores en la toma de la muestra, procesamiento, transporte, almacenamiento, identificación o fallas técnicas atribuibles al prestador. Este indicador permite evaluar la calidad del proceso analítico y preanalítico del laboratorio, así como la seguridad del paciente y la eficiencia operativa en la prestación del servicio.
3. Unidad de medida: Porcentaje

4. Fórmula	Numerador: Número de exámenes de laboratorio clínico repetidos por causas atribuibles al prestador (errores preanalíticos, analíticos o postanalíticos) durante el período evaluado. Denominador: Total de exámenes de laboratorio clínico realizados durante el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Mensual

6. Progresividad de la medición La implementación del indicador se realizará de manera progresiva, permitiendo la mejora continua de los procesos del laboratorio: **Mes 1:** Levantamiento de línea base e identificación de causas principales de repetición (errores en toma, transporte, procesamiento, etc.). **Mes 2 a Mes 4:** Reducción progresiva de la tasa, con meta máxima ≤ **5%**. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento de la meta ≤ **3%**, con carácter obligatorio para efectos de seguimiento contractual.	
7. Tipología	Calidad-seguridad del paciente
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional a quienes se les realizan exámenes de laboratorio clínico.	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud), Resolución 256 de 2016 (monitoreo de calidad), Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022 (seguimiento mediante indicadores de calidad, gestión y resultados)
10. Meta, umbral o rango esperado	
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	Seguridad del paciente en el proceso diagnóstico de laboratorio clínico	Numerador: Número de eventos adversos e incidentes asociados al proceso de laboratorio clínico (errores de identificación, etiquetado, toma de muestra, procesamiento, validación o entrega de resultados) ocurridos durante el período evaluado. Denominador: Total de exámenes de laboratorio clínico realizados durante el período evaluado.	

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Seguridad del paciente en el proceso diagnóstico de laboratorio clínico	
2. Descripción: Mide la ocurrencia de eventos adversos e incidentes relacionados con el proceso diagnóstico en laboratorio clínico, incluyendo errores en la identificación del paciente, toma de muestras, procesamiento, validación y entrega de resultados. Este indicador permite evaluar el nivel de seguridad del paciente durante el proceso diagnóstico, identificando riesgos asociados que puedan afectar la confiabilidad de los resultados y la toma de decisiones clínicas.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de eventos adversos e incidentes asociados al proceso de laboratorio clínico (errores de identificación, etiquetado, toma de muestra, procesamiento, validación o entrega de resultados) ocurridos durante el período evaluado. Denominador: Total de exámenes de laboratorio clínico realizados durante el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición	

La implementación del indicador se desarrollará de manera progresiva con enfoque en gestión del riesgo y mejora continua: **Mes 1:** Levantamiento de línea base, identificación de eventos e implementación de sistema de reporte. **Mes 2 a Mes 4:** Disminución progresiva de eventos, con meta ≤ **2%**. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento de meta ≤ **1%**, con carácter obligatorio para evaluación contractual.	
7. Tipología	Calidad-seguridad del paciente
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional a quienes se les realizan exámenes de laboratorio clínico.	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud), Resolución 256 de 2016 (monitoreo de calidad), Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022 (seguimiento mediante indicadores de calidad, gestión y resultados)
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] >2->4%
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	[redacted] 79% -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	>80% 89% - 80% 79% -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	80% 70%

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	80% 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	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	[redacted] 70%

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	[redacted] 70%
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: deata.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 1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	POLICIA NACIONAL
Código: 1DE-FR-0033		
Fecha: 29/02/2024	CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
Versión: 4		

FECHA: 18/08/2026

CERTIFICADO No.: 464 PROGRAMA "O"

UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTAL	DESAGREGACIÓN PRESUPUSETAL	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACIÓN R16		FONDOS ESPECIALES R16		OTRO RECURSO_____	
								CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL
RASES8	UPRES ATLANTICO	7	85121700	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (020202009)	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES (020202009003)	CERTIFICADO PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	63.000.000,00				63.000.000,00		
Comunicación Oficial No. GS-2026-076659-DEATA							TOTAL	-	-		63.000.000,00	-	-

No. SISCO: PR-REGI8-0027-26

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN: $ 63.000.000,00

TA-26 BIANCO MIGUEL PINTO ESCALANTE
Responsable Plan Anual de Adquisiciones

U. JOHN JAIRO SARRIA RIVERA
Responsable planeacion Regional de Aseguramiento en Salud N° 8

RECIBE:

Grado, Nombres y Apellidos: SUBTENIENTE JULIETH ANDREA CORREA MARTINEZ

Cargo: ESTRUCTURADORA ESTUDIOS PREVIOS

Unidad: UPRES ATLANTICO

73226

INFORMACIÓN PÚBLICA

SIIF Nación

Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

Usuario Solicitante:	MHgrios	GERMAN ALBERTO RIOS MUNOZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-007	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN
Fecha y Hora Sistema:	11/09/2026 12:00:00 p. m.	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	73226	Fecha Registro:	2026-09-11	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-007 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8		
Estado.:	Generado	Valor Inicial:	63.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	63.000.000,00

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

[redacted]	POSICION CATALOGO DE GASTO
007 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
Total:	63.000.000,00	0,00	63.000.000,00

Objeto:	CONTRATACION DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO. PAA 464

IT CRISTIAN EDUARDO VEGA DUARTE
JEFE DE CONTRATO RASES 8 (E)

SIIF Nación

Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante	MHaescamil	ADYS LILIANA ESCAMILLA DE LA HOZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-007	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8
Fecha y Hora Sistema:	11/09/2026 12:00:00 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

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

Numero:	70326	Fecha Registro:	2026-09-11	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-007 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo:	Gasto		Uso Caja Menor	Ninguno
Valor Inicial:	63.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00		Valor Actual.:	63.000.000,00	Saldo x Comprometer:	63.000.000,00	Vr. Bloqueado 0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	73226	Fecha Registro:	2026-09-11	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO/ RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
O07 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF						
					Total:	63.000.000,00	0,00	63.000.000,00	63.000.000,00	0,00

Objeto:	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO.PAA 464.DEATA.

IT. ANABEL PAOLA RUIZ SANABRIA

JEFE GRUPO FINANCIERO Y PRESUPUESTO (E)

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N. 8

Nit: 802016407

11/09/2026 16:38:50
V. 5000

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 497

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de SESENTA Y TRES MILLONES DE PESOS M/CTE *** $63,000,000.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO.PAA 464.DEATA.

Estado: **AUTORIZADO**
Area Solicitante: ATENCION SALUD SECC ATLA
Nombre Solicitante: TC IVAN RUIZ
Fecha Solicitud: 11/09/2026
Observaciones: **REVISÓ:**
Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL								DESCRIPCION	VIGENCIA	VALOR
		Tpo	Cta	Cta	Scta	Obg	Ord	Sor	Aux	Recu			
01520400	ATENCION SALUD SECC ATLA	0	2	020	200	9				16	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES'	2026	$63,000,000.00
											TOTAL		$63,000,000.00

Expedido a los 11 dias del mes de Septiembre de 2026 en la ciudad de BARRANQUILLA

IT. ANABEL PAOLA RUIZ SANABRIA

JEFE GRUPO FINANCIERO Y PRESUPUESTO (E)