



**DIRECCIÓN DE SANIDAD  
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

**ANEXO No 1**

**CONDICIONES TECNICAS**

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

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



**DIRECCIÓN DE SANIDAD  
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

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



**DIRECCIÓN DE SANIDAD  
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

|    |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |
|----|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|    |                                           | <p>integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor. Al aspirante se le debe interrogar y registrar sus antecedentes médicos y quirúrgicos oculares tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cirugía de retina</li><li>2. Catarata</li><li>3. Glaucoma</li><li>4. Refractiva</li><li>5. Extracción de cuerpos extraños intraoculares por antecedentes de heridas penetrantes y/o perforantes al globo ocular</li><li>6. No debe presentar proctosis, palpebral o alteraciones del sistema lagrimal (ojo seco o epiforas).</li><li>7. Posibles neoplasias y cualquier otra que a juicio y competencia científica deba identificar dentro de su valoración especializada.</li></ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |
|    |                                           | Describir y registrar en los antecedentes oftalmológicos (Antecedentes congénitos, médico y quirúrgico).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>X</b> |
|    |                                           | Debe detallarse el examen respecto a cada uno de los componentes y discriminado para cada ojo de segmento anterior (vías lagrimales, conjuntiva, cornea, limbo, esclerótica, ángulo, presión intraocular por ojo), especificar que test de colores se aplicó, con el tipo y grado de discromatopsia. Se debe registrar la agudeza visual para lejos y cerca sin corrección y con corrección, cada ojo separadamente y con visión binocular.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>X</b> |
|    |                                           | Se diligenciará el <b>FORMATO No. 3 (Según Modelo) EXAMEN OFTALMOLOGICO MEDICO LABORAL</b> , del presente documento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>X</b> |
| 17 | <b>VALORACIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA</b> | <p>Debe identificar el grado de funcionalidad del sistema otológico, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor. Se debe registrar la existencia de prótesis.</p> <p>Al examinado se le debe interrogar sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos, no deben presentar perforación timpánica de cualquier origen. La agudeza auditiva debe estar dentro de los límites normales entre -10 y 10Db en todas las áreas, área de conversación y registrar si hay presencia de trauma acústico. El examinado debe gozar de una función adecuada de su sistema rinofaríngeo y laríngeo, no presentar evidencias de enfermedades generales o de tipo alérgico o lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de esta que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de la actividad laboral, por lo tanto, se debe determinar:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Deformidad del septum nasal</li></ol> | <b>X</b> |



**DIRECCIÓN DE SANIDAD  
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

|    |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |
|----|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|    |                                      | <ol style="list-style-type: none"><li>2. Pirámide nasal</li><li>3. Base pirámide nasal y narinas</li><li>4. Hipertrofia obstructiva de cornetes inferiores</li><li>5. Deformidades congénitas (comunicación oronasal, paladar hendido, atresia coanas)</li><li>6. Lesiones de cavidad oral, faringe o laringe</li><li>7. Alteraciones de voz de tipo funcional o anatómico.</li></ol> <p>Nota: Se comprobará las lesiones de tipo alérgico solicitándole al aspirante estudios de eosinófilo en moco nasal (debe ser menor de 5) e inmunoglobulina, la cual debe ser menor de 120ml/UL.</p> <p>Se diligenciará el <b>FORMATO No. 5 (Según modelo) EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO MEDICO LABORAL</b>, del presente documento.</p> <p>NOTA: Aquel aspirante que presente tapón de cerumen, lo que impide la adecuada valoración, se le debe indicar que debe realizarse la limpieza auditiva correspondiente de oídos para complementar la valoración.</p> <p>No se aceptarán informes del profesional que consigne existencia de tapón de cerumen que imposibiliten la valoración.</p> |          |
| 18 | <b>VALORACIÓN DE<br/>AUDIOMETRÍA</b> | <p>Realizar examen otoscópico previa audiometría la cual debe contener las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Se debe realizar en cabina sonoamortiguada</li><li>2. Evaluar vía aérea y vía ósea</li></ol> <p><b>REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍAS:</b></p> <p>Certificar calibración de cabina sonoamortiguada y calibración de equipos</p> <p>El examen debe ser realizado por profesional de Fonoaudiología o Audiología</p> <p>Se exige que se reporte cualquier deficiencia que presente el aspirante de percepción auditiva por vía aérea y ósea, dicho examen se realizará en una cabina sonoamortiguada, se evaluará cada oído separadamente.</p> <p>Certificación de calibración de los equipos, anexarla.</p> <p>Aplazar la toma de la Audiometría si presenta Tapón de Cerumen.</p> <p>Se deben evaluar los decibeles en las frecuencias de 500, 1.000, 2.000, 4.000, 6.000 y 8.000 Hertz.</p> <p>Diligenciar el <b>FORMATO No. 6 (Según modelo) EXAMEN DE AUDIOLOGIA MEDICO LABORAL</b>, del presente documento.</p> | <b>X</b> |



**DIRECCIÓN DE SANIDAD  
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

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

**Nombre Proponente** : **CLINICA MEDICO QUIRURGICA ALVERNIA SAS**

**NIT** : **800255591-8**

**Representante Legal** : **Claudia Milena Rayo Rada**

**Cédula** : **31.491.451**

**Firma** : 



## DIRECCIÓN DE SANIDAD SOLICITUD COTIZACIÓN

página

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

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

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

| ITEM | UNIDAD DE DESTINO                                                                | DESCRIPCIÓN                                                                        | VALOR UNITARIO OFRECIDO POR PAQUETE CON IVA INCLUIDO |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1    | <b>Grupo No. 3:</b> Entidad con sede en el Municipio de Tuluá – Valle del Cauca. | Paquete de exámenes de laboratorio, clínico, paraclínicos y especializados hombre. | \$ 907.200                                           |
| 2    |                                                                                  | Paquete de exámenes de laboratorio, clínico, paraclínicos y especializados mujer   | \$ 965.200                                           |

### EXAMENES PARA HOMBRES

| ITEM                    | DESCRIPCION EXAMEN                                                                                                                                                     | VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1                       | CUADRO HEMÁTICO                                                                                                                                                        | \$ 18.000                         |
| 2                       | HEMOCLASIFICACIÓN                                                                                                                                                      | \$ 15.400                         |
| 3                       | BUN                                                                                                                                                                    | \$ 15.700                         |
| 4                       | CREATININA                                                                                                                                                             | \$ 11.700                         |
| 5                       | GLICEMIA PRE Y POSTPRANDIAL                                                                                                                                            | \$ 18.500                         |
| 6                       | TSH                                                                                                                                                                    | \$ 41.300                         |
| 7                       | VDRL                                                                                                                                                                   | \$ 15.100                         |
| 8                       | HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE)                                                                                                                                   | \$ 35.500                         |
| 9                       | VIH (VOLUNTARIO, CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE Y APLICABILIDAD DEL DECRETO 1543 DE 1997 POR PARTE DEL CONTRATISTA)                                                    | \$ 39.200                         |
| 10                      | PARCIAL DE ORINA                                                                                                                                                       | \$ 14.300                         |
| 11                      | ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)                                                                                                                                               | \$ 33.000                         |
| 12                      | ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)                                                                                                                                             | \$ 59.300                         |
| 13                      | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX                                                                                                                                                   | \$ 64.200                         |
| 14                      | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL                                                                                                                                          | \$ 69.400                         |
|                         | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR                                                                                                                                          | \$ 73.000                         |
|                         | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA SACRA                                                                                                                                           | \$ 78.800                         |
| 15                      | OFTALMOLÓGICO                                                                                                                                                          | \$ 89.000                         |
| 16                      | OTORRINOLARINGOLÓGICO                                                                                                                                                  | \$ 89.000                         |
| 17                      | AUDIOMETRÍA                                                                                                                                                            | \$ 41.300                         |
| 18                      | PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANNABINOL-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE). | \$ 85.500                         |
| VALOR TOTAL DEL PAQUETE |                                                                                                                                                                        | \$ 907.200                        |

**DIRECCIÓN DE SANIDAD  
SOLICITUD COTIZACIÓN**

página

**EXAMENES PARA MUJERES**

| ITEMS                          | DESCRIPCION EXAMEN                                                                                                                                                     | VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1                              | CUADRO HEMÁTICO                                                                                                                                                        | \$ 18.000                         |
| 2                              | HEMOCLASIFICACIÓN                                                                                                                                                      | \$ 15.400                         |
| 3                              | BUN                                                                                                                                                                    | \$ 15.700                         |
| 4                              | CREATININA                                                                                                                                                             | \$ 11.700                         |
| 5                              | GLICEMIA PRE Y POSTPRANDIAL                                                                                                                                            | \$ 18.500                         |
| 6                              | TSH                                                                                                                                                                    | \$ 41.300                         |
| 7                              | VDRL                                                                                                                                                                   | \$ 15.100                         |
| 8                              | HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE)                                                                                                                                   | \$ 35.500                         |
| 9                              | VIH (VOLUNTARIO, CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE Y APLICABILIDAD DEL DECRETO 1543 DE 1997 POR PARTE DEL CONTRATISTA)                                                    | \$ 39.200                         |
| 10                             | PARCIAL DE ORINA                                                                                                                                                       | \$ 14.300                         |
| 11                             | ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)                                                                                                                                               | \$ 33.000                         |
| 12                             | ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)                                                                                                                                             | \$ 59.300                         |
| 13                             | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX                                                                                                                                                   | \$ 64.200                         |
| 14                             | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL                                                                                                                                          | \$ 69.400                         |
|                                | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR                                                                                                                                          | \$ 73.000                         |
|                                | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA SACRA                                                                                                                                           | \$ 78.800                         |
| 15                             | OFTALMOLÓGICO                                                                                                                                                          | \$ 89.000                         |
| 16                             | OTORRINOLARINGOLÓGICO                                                                                                                                                  | \$ 89.000                         |
| 17                             | AUDIOMETRÍA                                                                                                                                                            | \$ 41.300                         |
| 18                             | CITOLOGÍA (CON AUTORIZACIÓN DE LA ASPIRANTE)                                                                                                                           | \$ 29.000                         |
| 19                             | Test de BHCG                                                                                                                                                           | \$ 29.000                         |
| 20                             | PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANNABINOL-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE). | \$ 85.500                         |
| <b>VALOR TOTAL DEL PAQUETE</b> |                                                                                                                                                                        | <b>\$ 965.200</b>                 |

**EXAMENES A COTIZAR DE MANERA INDIVIDUAL**

| ITEMS | DESCRIPCION EXAMEN                                                        | VALOR TOTAL ITEM ESTIMADO CON IVA |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1     | FTA-ABS CONFIRMATORIA SI EL VDRL ES POSITIVO ( <b>HOMBRES Y MUJERES</b> ) | \$ 31.000                         |

**Nombre Proponente** : Clínica Medico Quirúrgica Alvernia SAS**NIT** : 800.255.591-8**Nombre Representante Legal** : Claudia Milena Rayo Rada**Cédula** : 31.491.451**Firma** : 