REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8

Barranquilla, 22 de octubre de 2026

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN RASES8 MIC 069 2026

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, individualmente o en Consorcio o Unión Temporal, existentes en el mercado nacional y con capacidad para participar en el proceso cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8."**, de acuerdo con las condiciones técnicas mínimas establecidas y con el cumplimiento de todos los requisitos exigidos para el mismo, a saber;

1. **DATOS DEL PROCESO**

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.

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

PRESUPUESTO

El valor estimado del presento proceso es de cuarenta y cinco millones de pesos moneda corriente ($45.000.000), distribuidos de la siguiente manera:

Para la vigencia 2026: **TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE. ($30.000.000)**

Para la vigencia 2027: **QUINCE MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($15.000.000)**

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA
1	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (020202009) SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES (02020200903)	UPRES-DEBOL	CERTIFICADO DE PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, QUE TIENE POR OBJETO LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO (CARTAGENA	16	1	$30.000.0000	$30.000.0000
1	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (020202009) SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA	UPRES-DEBOL	CERTIFICACION CUPO VIGENCIA FUTURA 2027 "AUTORIZADO MEDIANTE	16	1	$15.000.000	$15.000.000

		SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES (02020200903)		COMUNICADO OFICIAL GS-2026-093702- DISAN DEL CUPO AUTORIZADO A LA RASES No. 8, LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO (CARTAGENA)				
							VALOR TOTAL ESTIMADO	$45.000.000

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 Según lo expresado por el literal c) del numeral 1.1. Capitulo 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. 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 30 de la Ley 2069 de 2011 y numeral 5 del Artículo 2 de la ley 1150 de 2007, modificado por el Articulo 30 ley 2069 del 2020 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
PLAZO DE EJECUCIÓN	**(Decreto 441 de 2022 sección 6)** Una vez realicen los tramites 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**, para **la vigencia 2027 hasta 30 de marzo** 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 y (6) 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, 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 Bolivar y a los exámenes ordenados por los especialistas además del apoyo a las diferentes Unidades de atención (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	De acuerdo al artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 441 de 2022 La entidad proponente que le sea adjudicada la contratación objeto del presente estudio, deberá prestar los servicios en la sede o sedes en cuya dirección ofertó en su propuesta. Las cuales deben encontrarse debidamente habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social y ubicadas en la ciudad de Cartagena de Indias en el Departamento de Bolívar.
SUPERVISOR DEL CONTRATO	La supervisión y seguimiento del contrato estará a cargo de la BACTERIOLOGA de la Unidad Prestadora de Salud Bolívar, o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto para tal fin a través del jefe de la unidad prestadora de salud Bolívar. Será la persona responsable de la supervisión, vigilancia y control de ejecución del contrato según corresponda, para ello deberá cumplir con lo dispuesto en la Resolución No.00090 del 15 de enero del 2018, por medio de la cual se reglamenta las funciones de los supervisores de contratos en la Policía Nacional y las demás que se originen del presente contrato tendientes a exigir su debida ejecución por parte del CONTRATISTA.
	Pago por evento (pago retrospectivo) **PAGO POR EVENTO (PAGO RETROSPECTIVO)** "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, , 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.

FORMA DE PAGO	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) dias 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 Bolivar 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 clinicos 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 auditoria 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 Policia 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, Resolución 2284 de 2023 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 ocurra un evento adverso entendido como daño no intencional derivado 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.

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 Policia Nacional y la normatividad aplicable.

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 le 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 Sucre, 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 económicos), 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 empatadas 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 **TOTAL,** al oferente que haya 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 Artículo 30 de la Ley 2069 de 2020, 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 oferta tendrá una vigencia de cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha de cierre del proceso de selección.
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 aqui indicado o enviadas por correo electrónico de proveedores que no se haya inscrito previamente al proceso de contratación.

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 apostillaré 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 últimas 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 de 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 CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES 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 VERIFICACIÓN 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 DE RECHAZO
ANEXO 3	OFERTA ECONÓMICA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA Y NO DEBE SUPERAR PRECIOS TECHO
ANEXO 4	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 5	OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 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 ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 1	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 2	DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 3	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA

FORMULARIO 4	ORIGEN LICITO DE LOS RECURSOS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 5	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 6	COMPROMISO DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 7	CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 8	CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA
FORMULARIO 9	FORMATO RECURSO HUMANO / EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	ANEXO DE SOPORTE TÉCNICO
FORMULARIO 10	FORMATO INDICADORES DECRETO 441 DE 2022	ANEXO DE CARACTER 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 No. 8

ELABORO:IT. GERMAN ALBERTO RIOS MUÑOZ
Analista Gruco Rases N°8

REVISÓ: CPS. MARIA CAROLINA DE LA CRUZ MORON
Abogada Rases N°8

REVISO Y APROBÓ: MY. JAVIER ORLANDO MARTINEZ CARDENAS
Jefe Grupo Contratos RASES No.8

REVISO Y APROBÓ: MY. LENYN ALEJANDRO URUEÑA LOPEZ
Jefe Area logística y financiera RASES N.8

REVISO: ST. JOSE DAVID MUÑOZ RAMOS
Jefe Asuntos jurídicoa rases N°8

INFORMACION PÚBLICA

ANEXO N° 1CONDICIONES TECNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

NOTA INFORMATIVA:

EL OFERENTE 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.

ITEM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**HABILITACIÓN:** El oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019 y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015: 712 - TOMA DE MUESTRA LABORATORIO 706 - LABORATORIO CLINICO **Nota**: El comité evaluador técnico deberá verificar que el proponente cuenta con el servicio ofertado debidamente habilitado en el Registro Especial de Prestadores (REPS), de acuerdo a los estándares de habilitación que indica la resolución 3100 del 2019, deberá anexar durante la evaluación los pantallazos de la verificación realizada en la página del Ministerio de Salud y Protección Social. El SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el oferente mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio. 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". La entidad contratada será la única responsable de mantener durante toda la ejecución contractual las condiciones de habilitación de los servicios ofertados y contratados. En el evento de presentarse la pérdida, suspensión, revocatoria o incumplimiento de cualquiera de dichas condiciones, deberá suspender inmediatamente la prestación del servicio afectado e informar por escrito al contratante dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al conocimiento de la novedad. El contratante podrá adelantar las acciones contractuales correspondientes y reportará la situación ante las autoridades competentes cuando haya lugar.		
2	**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 al 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.**		
3	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 contratista, 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 social, 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 programara 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- articulo 20).		
4	**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"*.		
5	**FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.** 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.		
6	**RECURSO HUMANO OFRECIDO** El oferente deberá acreditar, con la presentación de su oferta, la idoneidad del recurso humano mínimo exigido mediante la entrega de los siguientes documentos para cada uno de los profesionales requeridos, los cuales serán verificados durante la evaluación de la oferta: 1. **Anexo Formato de Idoneidad del Recurso Humano Ofrecido** debidamente diligenciado y firmado por el representante legal de la totalidad de profesionales solicitados. 2. **Pantallazo de consulta vigente del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS),** que permita verificar al comité evaluador la inscripción en la página establecida por el ente regulador para el ejercicio de la profesión y anexar el formato de idoneidad del recurso humano debidamente diligenciado y firmado por el representante legal		

ITEM	PROFESIONAL	CANTIDAD MÍNIMA REQUERIDA
1	BACTERIOLOGO	1
2	AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO	1

Verificación durante la ejecución contractual

	Una vez suscrito el contrato, el contratista deberá mantener disponible el recurso humano mínimo ofertado y garantizar que cualquier reemplazo cumpla con las condiciones iguales o superiores a las inicialmente acreditadas. El **Supervisor del Contrato** verificará el cumplimiento de esta obligación durante toda la ejecución contractual, para lo cual podrá solicitar en cualquier momento los documentos que acrediten la idoneidad del personal asignado, incluyendo hoja de vida, los soportes académicos que acrediten la profesión, especialidad o Subespecialidad y verificación en el RETHUS cuando corresponda. El supervisor dejará constancia de las verificaciones realizadas y exigirá al contratista la sustitución inmediata de cualquier recurso humano que no cumpla con los requisitos establecidos en el contrato, los estudios previos o la oferta presentada. Esta condición será de obligatorio cumplimiento durante toda la vigencia contractual.		
7	**ADICIÓN DE SERVICIOS** en caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o eips, las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: El (la) supervisor (a) del contrato allegará a la oficina de contratos como mínimo 2 cotizaciones, con el fin de determinar el precio de mercado que se utilizará como referencia para la modificación. - Una vez determinado valor del estudio de mercado, el (la) supervisor (a) solicitará mediante comunicación oficial a la entidad oferente la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - Con la aceptación por parte del oferente, el (la) supervisor (a) solicitará al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. **NOTA:** en caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomará esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
8	**PERSONA ENLACE** El oferente designará un funcionario como interlocutor entre la entidad contratada y supervisor del contrato, quien, en coordinación con este último, solucionará los inconvenientes y/o novedades presentadas, igualmente agilizará algún trámite o requerimiento por parte de la regional de aseguramiento en salud n° 8. Nombres y apellidos: Cargo: Numero celular: Correo electrónico: Nota: este funcionario deberá estar disponible y atender los medios tecnológicos (celular, correo electrónico) dispuestos para la correcta ejecución del contrato.		
9	**COMPROMISO AMBIENTAL:** El oferente deberá diligencia el *formulario de compromiso ambiental* de este documento, donde se deberá comprometerse 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.		
10	**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%) En el cien por ciento (100%)		

	NOTA: los informes en cada uno de sus cortes deberán estar firmada por el representante legal; lo anterior con el fin de realizar los respectivos trámites administrativos tendientes a garantizar la prestación del servicio a contratar y ejercer control a la facturación y ejecución.		
11	**REGISTRO UNICO DE INFRACTORES AMBIENTAL - RUIA** El oferente no deberá encontrarse sancionado en el Registro Único de Infractores Ambiental – Ruia para lo cual se anexará el pantallazo del aplicativo vital de la AUTORIDAD NACIONAL DE LICENCIAS AMBIENTALES-ANLA. En caso de que el oferente registre sanción impuesta por alguna autoridad ambiental, deberá aportar la documentación soporte que pretenda hacer valer, mediante la cual sea posible verificar el estado actual de dicha sanción incluyendo de ser el caso la resolución administrativa debidamente ejecutoriada que disponga su revocatoria, levantamiento, cumplimiento total o absolución según corresponda.		
12	Con el propósito de asegurar el cumplimiento de los criterios técnicos, económicos y legales del presente acuerdo de voluntades, el supervisor realizara reuniones de seguimiento (cada tres meses o según la necesidad) con el contratista. a dichas sesiones puede asistir el jefe de la unidad prestadora de salud, el responsable de la oficina de atención al usuario y los delegados de las áreas técnicas o económicas necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. durante estas reuniones se abordarán, temas como: ➢ **INDICADORES**: verificación del cumplimiento de los indicadores pactados. ➢ **OPERACIÓN**: evaluación de los procesos de autorización, referencia y contrarreferencia, asegurando la eliminación de barreras de acceso según lo definido en el acuerdo de voluntades. ➢ **CRITERIOS TÉCNICOS**: revisión de las condiciones definidas en el anexo ➢ **ANÁLISIS FINANCIERO**: proceso de radicación de facturas, estado de glosas y flujo de pagos, conforme a los plazos establecidos y/o las normas concordantes. ➢ **EJECUCIÓN CONTRACTUAL**: balance del consumo presupuestal y otros aspectos necesarios para la correcta prestación de servicios y tecnologías en salud. ➢ **documentos**: si llegado el caso, dentro de la verificación que realiza el supervisor se requiere algún documento, el contratista debe suministrar la información o documentación. si existen alguna reserva legal se debe comunicar mediante escrito. ➢ **EVALUACIÓN Y PLANES DE MEJORA**: según la novedad establecer planes de mejora cuando los resultados del seguimiento lo ameriten. dichos compromisos deberán quedar consignados expresamente en el acta de la reunión, la cual servirá de soporte para el seguimiento de su cumplimiento. **NOTA 1**: una vez inicie el contrato se levantará un acta de los temas tratados con el soporte de asistencia, este documento el supervisor la publicará en el secop ii – ejecución del contrato. nota 2: el supervisor verificará la entrega por parte de la entidad de los indicadores según la periodicidad de medición establecida para cada uno (mensual, trimestral). nota 3: el formulario anexo es de carácter informativo y será incluido en la minuta del contrato una vez sea adjudicado el presente proceso.		
13	La Unidad Prestadora De Salud Bolivar 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:		
14	**CERTIFICAR OPORTUNIDAD.** El oferente certifica que la programación de los exámenes de laboratorio se		

	efectuará dentro de los **dos (2) días hábiles siguientes** a la recepción de la solicitud. De igual forma, los resultados serán entregados de acuerdo con los tiempos de procesamiento de cada examen, previamente establecidos por el laboratorio y comunicados al usuario o a la entidad contratante.		

_____

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

ANEXO No. 2

INFORMACION PRECIO TECHO

ITEM	CUPS	SERVICIO	PRECIO TECHO
1	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 12.723
2	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 20.298
3	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 24.766
4	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 160.275
5	901005	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN	$ 177.739
6	901006	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	$ 223.806
7	901007	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 290.652
8	901008	NEISSERIA GONORRHOEAE PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$ 65.086
9	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL- NEELSEN]	$ 8.178
10	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 10.956
11	901103	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$ 3.592
12	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 5.631
13	901106	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA	$ 17.265
14	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 3.576
15	901108	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 13.452
16	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	$ 14.169
17	901110	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA	$ 15.071
18	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH- NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$ 7.002
19	901201	ACTINOMYCES CULTIVO	$ 111.214
20	901202	BORDETELLA PERTUSSIS CULTIVO	$ 106.711
21	901203	BRUCELLA CULTIVO	$ 122.561
22	901206	COPROCULTIVO	$ 27.739
23	901207	CORYNEBACTERIUM DIFTERIAE CULTIVO	$ 38.350
24	901208	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS CULTIVO	$ 39.548
25	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$ 35.053
26	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 57.916
27	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	$ 59.740
28	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 54.725
29	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 59.266
30	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA	$ 45.865
31	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 38.658
32	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 59.072
33	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$ 29.580
34	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	$ 53.619

35	901220	HELICOBACTER PYLORI CULTIVO	$ 90.832
36	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 49.225
37	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 54.089
38	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 64.463
39	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 73.740
40	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 71.767
41	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 62.016
42	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 56.329
43	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	$ 78.854
44	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	$ 38.586
45	901233	NEISSERIA MENINGITIDIS CULTIVO	$ 44.767
46	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 48.109
47	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 51.752
48	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 53.251
49	901238	YERSINIA ENTEROCOLÍTICA CULTIVO	$ 38.391
50	901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO	$ 48.212
51	901302	DEMODEX EXAMEN DIRECTO	$ 29.336
52	901303	ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	$ 424.162
53	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 3.576
54	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 3.415
55	901309	LEISHMANIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 62.238
56	901310	LEISHMANIA TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA	$ 300.120
57	901311	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACIÓN	$ 136.894
58	901313	MYCOBACTERIUM IDENTIFICACIÓN	$ 272.910
59	901315	MYCOBACTERIUM LEPRAE DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO AUTOMATIZADO	$ 372.496
60	901317	NEISSERIA MENINGITIDIS SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$ 149.061
61	901318	SARCOPTES EXAMEN DIRECTO	$ 17.265
62	901324	FILARIA EXAMEN DIRECTO	$ 52.028
63	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 14.013
64	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	$ 7.740
65	901502	CLOSTRIDIUM TOXINA	$ 167.404
66	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$ 198.724
67	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES	$ 109.368
68	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	$ 129.295
69	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$ 39.000
70	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 54.036
71	902008	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) MANUAL	$ 44.524
72	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 62.855
73	902010	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA	$ 41.000
74	902011	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	$ 38.511
75	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	$ 69.225
76	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	$ 57.738
77	902015	FACTOR III PLAQUETARIO	$ 406.302
78	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	$ 91.500
79	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 74.604
80	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$ 56.381

81	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 77.740
82	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 80.311
83	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 81.434
84	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 81.585
85	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	$ 108.888
86	902024	FIBRINÓGENO	$ 7.026
87	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	$ 182.632
88	902029	PLASMINÓGENO	$ 102.458
89	902030	PRECALICREÍNA	$ 411.395
90	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	$ 94.937
91	902032	PROPERDINA FACTOR B	$ 82.270
92	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 78.887
93	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$ 104.224
94	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 85.669
95	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$ 126.652
96	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$ 102.546
97	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 93.519
98	902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO	$ 3.184
99	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN	$ 14.172
100	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 39.013
101	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 9.018
102	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 15.959
103	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 30.824
104	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 11.262
105	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 169.081
106	902053	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	$ 176.791
107	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$ 100.201
108	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$ 122.838
109	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$ 130.934
110	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$ 141.526
111	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$ 135.063
112	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 109.422
113	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$ 154.319
114	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$ 144.257
115	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$ 142.238
116	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$ 423.833
117	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$ 432.999
118	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.065.715
119	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 180.000
120	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 432.961
121	902101	CÉLULAS L.E.	$ 16.500
122	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 31.816
123	902105	DIMERO D MANUAL	$ 44.710
124	902106	ERITROPOYETINA	$ 55.989
125	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	$ 5.524
126	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 35.785
127	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 47.861
128	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 63.555

129	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 64.936
130	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 52.507
131	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$ 14.934
132	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 25.778
133	902115	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 33.212
134	902116	HIERRO MEDULAR	$ 17.594
135	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 55.029
136	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	$ 66.286
137	902120	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR	$ 129.432
138	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 4.098
139	902123	VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$ 64.447
140	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 1.728
141	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 2.173
142	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 3.563
143	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$ 11.981
144	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 12.850
145	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	$ 12.852
146	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 11.323
147	902211	HEMATOCRITO	$ 1.710
148	902213	HEMOGLOBINA	$ 2.376
149	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 6.263
150	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$ 3.714
151	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 9.217
152	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 5.667
153	902218	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 2.778
154	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$ 2.581
155	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 3.038
156	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 3.269
157	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 3.266
158	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 38.458
159	902225	TÍTULO ANTI D	$ 12.843
160	902226	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$ 34.228
161	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 56.142
162	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$ 35.114
163	903003	BICARBONATO	$ 78.617
164	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 72.614
165	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 47.420
166	903006	CAROTENOS	$ 25.224
167	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 75.230
168	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 85.828

169	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$ 133.080
170	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$ 139.534
171	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 106.298
172	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 111.501
173	903016	FERRITINA	$ 16.145
174	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 101.550
175	903018	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	$ 128.546
176	903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 31.761
177	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 32.336
178	903022	HOMOCISTEÍNA	$ 83.959
179	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 69.827
180	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO	$ 130.487
181	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 80.190
182	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 32.461
183	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 29.656
184	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 31.455
185	903030	MIOGLOBINA CARDÍACA	$ 55.937
186	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 61.888
187	903032	N-TELOPÉPTIDO	$ 149.753
188	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 23.921
189	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 19.020
190	903035	OSTEOCALCINA	$ 78.429
191	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 20.718
192	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	$ 92.383
193	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 132.914
194	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 376.710
195	903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 65.171
196	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 58.164
197	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 61.082
198	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	$ 19.677
199	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 30.756
200	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 27.664
201	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 90.211
202	903048	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 102.613
203	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 169.197
204	903050	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 171.375
205	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 83.519
206	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 47.693
207	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$ 54.729
208	903054	C-TELOPÉPTIDO	$ 85.287
209	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$ 127.241
210	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 451.028
211	903058	METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	$ 164.925
212	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 132.048
213	903060	ANTIOXIDANTES TOTALES	$ 287.840
214	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 15.228
215	903064	HEMOPEXINA	$ 198.605

216	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$ 104.421
217	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	$ 92.911
218	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 243.724
219	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 191.361
220	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 230.830
221	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$ 69.649
222	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 48.231
223	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 65.599
224	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 23.185
225	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	$ 66.106
226	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	$ 74.718
227	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	$ 213.983
228	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 88.574
229	903110	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.848
230	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 22.650
231	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$ 85.691
232	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 44.722
233	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 435.149
234	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 74.399
235	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 403.483
236	903302	CURVA DE LACTOSA	$ 60.228
237	903303	ALMIDONES	$ 7.181
238	903305	FRUCTOSA	$ 32.242
239	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 7.705
240	903402	ALDOLASA	$ 20.969
241	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 53.342
242	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 42.249
243	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	$ 54.709
244	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$ 128.005
245	903409	APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$ 47.828
246	903410	APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA	$ 41.369
247	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	$ 35.078
248	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	$ 35.121
249	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 43.150
250	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 38.435
251	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 30.702
252	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 17.466
253	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 56.095
254	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 71.386
255	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	$ 50.370
256	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	$ 89.707
257	903425	FRUCTOSAMINA	$ 29.993
258	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 19.951
259	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 23.340
260	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 24.800
261	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 46.997
262	903431	LIPOPROTEÍNA A	$ 44.999
263	903432	NUCLEOTIDASA 5	$ 46.479
264	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 44.366

265	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 86.334
266	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 87.568
267	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 55.213
268	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 39.240
269	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$ 64.010
270	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 39.240
271	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.987
272	903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 NM)	$ 151.780
273	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$ 24.690
274	903504	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST D MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)	$ 25.824
275	903505	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	$ 25.228
276	903506	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)	$ 30.933
277	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 51.159
278	903602	AMONIO	$ 25.344
279	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 4.140
280	903604	CALCIO IÓNICO	$ 30.600
281	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 23.362
282	903608	ZINC	$ 40.609
283	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 44.324
284	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 51.914
285	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 55.147
286	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 64.276
287	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 84.593
288	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 32.680
289	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 121.135
290	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 94.224
291	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 63.958
292	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 108.766
293	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 82.277
294	903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	$ 31.885
295	903711	VITAMINA K	$ 185.343
296	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 3.978
297	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 3.759
298	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 3.354
299	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 3.260
300	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 6.326
301	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 7.165
302	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 34.888
303	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 6.030
304	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 17.560
305	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 3.972
306	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	$ 15.286
307	903813	CLORO	$ 3.444
308	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 3.306

309	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 6.618
310	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 6.894
311	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 6.618
312	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 5.298
313	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 28.215
314	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$ 12.528
315	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 8.952
316	903822	CREATINA	$ 97.937
317	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$ 8.478
318	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 3.710
319	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$ 2.507
320	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 17.074
321	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA	$ 6.900
322	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$ 109.990
323	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$ 5.931
324	903831	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 18.224
325	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$ 17.752
326	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 4.566
327	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	$ 70.777
328	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 4.680
329	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 7.719
330	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	$ 35.448
331	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 11.712
332	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 15.228
333	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 3.750
334	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 3.400
335	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 9.813
336	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 9.601
337	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 9.012
338	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 6.384
339	903846	HIERRO TOTAL	$ 14.466
340	903847	LIPASA	$ 8.262
341	903848	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$ 23.678
342	903849	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 19.836
343	903850	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$ 17.797
344	903851	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	$ 24.230
345	903852	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$ 22.071
346	903853	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 22.002
347	903854	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8.952
348	903855	NITRÓGENO UREICO	$ 7.928
349	903856	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.398
350	903857	OSMOLARIDAD CALCULADA	$ 4.127
351	903858	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 20.120
352	903859	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9.619
353	903860	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 8.568

354	903861	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 7.797
355	903862	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 3.714
356	903863	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 4.570
357	903864	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 6.200
358	903865	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 6.288
359	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 5.151
360	903867	TRIGLICERIDOS	$ 4.971
361	903868	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 5.519
362	903869	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.813
363	903870	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$ 5.072
364	903871	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 7.101
365	903872	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 6.609
366	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 4.415
367	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 5.904
368	903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL	$ 8.942
369	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 4.200
370	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	$ 4.293
371	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 8.455
372	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$ 8.798
373	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 3.306
374	903881	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 41.669
375	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 17.746
376	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 38.165
377	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 20.192
378	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 25.695
379	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$ 33.680
380	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 25.300
381	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 29.095
382	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 45.947
383	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 40.346
384	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 53.583
385	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 54.037
386	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 3.714
387	904001	ANGIOTENSINA II	$ 205.707
388	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 65.364
389	904004	RENINA TOTAL	$ 59.993
390	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	$ 69.122
391	904006	LEPTINA	$ 61.254
392	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 44.517
393	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$ 98.337
394	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$ 31.685

395	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	$ 29.573
396	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	$ 24.984
397	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 95.805
398	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 28.945
399	904108	PROLACTINA	$ 21.686
400	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 24.397
401	904111	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	$ 545.149
402	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	$ 106.284
403	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 46.872
404	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	$ 628.836
405	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 39.443
406	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$ 52.968
407	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$ 48.268
408	904210	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA	$ 580.762
409	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	$ 536.647
410	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	$ 48.550
411	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$ 67.442
412	904403	INHIBINA A	$ 107.240
413	904404	INHIBINA B	$ 164.010
414	904405	MACROPROLACTINA	$ 67.320
415	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 37.715
416	904503	ESTRADIOL	$ 24.345
417	904504	ESTRIOL	$ 44.833
418	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 48.386
419	904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$ 30.071
420	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.464
421	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 17.952
422	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 31.747
423	904510	PROGESTERONA	$ 24.408
424	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$ 148.523
425	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 25.930
426	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 29.717
427	904603	TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA	$ 748.301
428	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	$ 132.000
429	904701	GLUCAGÓN	$ 77.419
430	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 63.075
431	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 134.443
432	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 24.210
433	904705	INSULINA LIBRE	$ 23.665
434	904706	PÉPTIDO C	$ 57.714
435	904707	PROINSULINA	$ 145.444
436	904708	SOMATOSTATINA	$ 175.187
437	904709	ADIPONECTINA	$ 288.521
438	904710	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$ 61.922
439	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3	$ 99.104

		MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	
440	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 109.067
441	904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 156.577
442	904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 164.117
443	904715	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 197.714
444	904716	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 191.625
445	904717	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 226.730
446	904718	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 226.064
447	904720	ELASTASA PANCREÁTICA	$ 177.576
448	904721	PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	$ 134.924
449	904801	ALDOSTERONA	$ 55.500
450	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 63.074
451	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 80.574
452	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 50.356
453	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 21.300
454	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 57.074
455	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 27.990
456	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 54.777
457	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 27.440
458	904810	DEOXICORTISOL 11	$ 80.988
459	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 43.806
460	904812	CORTISOL AM	$ 32.784
461	904813	CORTISOL PM	$ 29.750
462	904814	HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL	$ 60.049
463	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 51.051
464	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 32.729
465	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 28.115
466	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 577.087
467	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	$ 34.658
468	904907	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS	$ 665.789
469	904908	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS	$ 626.805
470	904909	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 673.051
471	904910	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 674.343
472	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 80.419
473	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$ 53.285
474	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	$ 67.826
475	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$ 66.572
476	904915	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 628.059
477	904920	TIROGLOBULINA	$ 41.455
478	904921	TIROXINA LIBRE	$ 15.935

479	904922	TIROXINA TOTAL	$ 16.305
480	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	$ 25.578
481	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 17.480
482	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 18.830
483	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 58.368
484	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	$ 68.999
485	905001	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 364.835
486	905002	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 266.689
487	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 223.750
488	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 86.568
489	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 176.687
490	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 30.190
491	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 107.935
492	905203	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O	$ 77.689
493	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O	$ 17.537
494	905205	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 30.946
495	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 27.109
496	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 122.080
497	905209	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 143.761
498	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 68.628
499	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 29.640
500	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$ 43.225
501	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 91.766
502	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 28.419
503	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$ 117.984
504	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 174.850
505	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 77.612
506	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O	$ 39.991
507	905307	CLORPROMAZINA	$ 85.398
508	905308	FENCICLIDINA	$ 17.733
509	905309	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO	$ 65.603
510	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 60.616
511	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 307.735
512	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 13.500
513	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 13.533
514	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 79.833
515	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 71.945
516	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 229.869
517	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 56.233
518	905415	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO	$ 226.800
519	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	$ 299.902
520	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108.026
521	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 168.780
522	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.497
523	905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 211.284

524	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$ 126.556
525	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 116.499
526	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 55.500
527	905604	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.308
528	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 56.685
529	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$ 48.272
530	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 68.913
531	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 93.242
532	905703	ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$ 71.877
533	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.282
534	905705	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO	$ 29.524
535	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 31.059
536	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	$ 68.040
537	905708	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.849
538	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 49.731
539	905710	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO	$ 68.204
540	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 67.182
541	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	$ 80.191
542	905714	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	$ 124.004
543	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	$ 138.274
544	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$ 67.629
545	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 21.770
546	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 61.483
547	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 77.969
548	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 77.493
549	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 53.685
550	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 80.839
551	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.288
552	905724	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	$ 17.310
553	905725	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 21.770
554	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 60.144
555	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 17.310
556	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 75.930
557	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 49.350
558	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.622
559	905735	METADONA MANUAL	$ 59.554
560	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 60.145
561	905737	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.977
562	905738	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$ 55.116
563	905739	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.947
564	905740	OPIÁCEOS MANUAL	$ 21.770
565	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 56.448
566	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.288
567	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	$ 73.083
568	905745	PIRETRINAS MANUAL	$ 70.875
569	905746	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$ 62.648
570	905747	PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 70.134
571	905748	PIRETROIDES MANUAL	$ 70.437

572	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.517
573	905750	PRIMIDONA MANUAL	$ 144.386
574	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 196.647
575	905752	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 209.197
576	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 99.827
577	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 76.500
578	905757	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 138.170
579	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 119.849
580	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$ 79.453
581	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 58.180
582	905761	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.269
583	905762	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 76.173
584	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)	$ 165.230
585	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 33.131
586	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 7.068
587	906003	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 141.517
588	906004	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.144
589	906005	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 97.735
590	906006	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.862
591	906007	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 77.209
592	906008	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.902
593	906009	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.831
594	906010	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 50.697
595	906011	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 68.196
596	906012	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 56.911
597	906013	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS MANUAL	$ 36.750
598	906014	CAMPYLOBACTER JEJUNI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.313
599	906016	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.007
600	906017	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.039
601	906018	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.664
602	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.668
603	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.000
604	906021	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.858
605	906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.884
606	906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.905
607	906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.571
608	906025	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.015
609	906027	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.644
610	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 65.250
611	906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.548
612	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.400
613	906031	MYCOBACTERIUM LEPRAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 340.901

614	906032	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.329
615	906033	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.375
616	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.475
617	906035	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.090
618	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.531
619	906038	STREPTOCOCCUS B HEMOLÍTICO, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$ 97.064
620	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 37.054
621	906040	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.000
622	906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.966
623	906045	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.648
624	906046	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.994
625	906047	BARTONELLA QUINTANA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.624
626	906048	COXIELLA BURNETII ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.427
627	906049	COXIELLA BURNETII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 113.396
628	906051	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTICUERPOS	$ 178.059
629	906052	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 644.509
630	906102	ASPERGILLUS ANTICUERPOS MANUAL	$ 100.512
631	906103	BLASTOMYCES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 131.393
632	906104	CÁNDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.484
633	906105	CÁNDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.564
634	906106	CÁNDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.742
635	906107	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.691
636	906108	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 622.742
637	906109	CISTICERCO ANTICUERPOS TOTALES	$ 78.968
638	906110	ECHINOCOCCUS ANTICUERPOS	$ 79.909
639	906111	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	$ 112.517
640	906112	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTICUERPOS MANUAL	$ 138.328
641	906113	ENTAMOEBA HISTOLÍTICA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.000
642	906114	ENTAMOEBA HISTOLÍTICA ANTICUERPOS MANUAL	$ 87.022
643	906115	GIARDIA LAMBLIA ANTICUERPO IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 202.970
644	906116	GIARDIA LAMBLIA ANTICUERPO IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.352
645	906117	GIARDIA LAMBLIA ANTICUERPO IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.223
646	906118	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.759
647	906119	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	$ 256.218
648	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.034
649	906121	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 63.484
650	906122	PLASMODIUM ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 53.868
651	906125	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.262
652	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.657
653	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 24.750
654	906128	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 32.990

655	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 27.255
656	906130	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 35.580
657	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.500
658	906132	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	$ 31.171
659	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 142.899
660	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G TOXOPLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.398
661	906136	ASPERGILLUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 300.079
662	906137	TRICHENELLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 175.169
663	906138	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.104
664	906139	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.871
665	906140	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.688
666	906141	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86.615
667	906201	ADENOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.950
668	906202	ADENOVIRUS ANTICUERPOS IG G MANUAL	$ 77.436
669	906203	ADENOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.291
670	906204	ADENOVIRUS ANTICUERPOS IG M MANUAL	$ 78.362
671	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 25.500
672	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 26.623
673	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	$ 35.970
674	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	$ 35.970
675	906209	DENGUE ANTICUERPOS TOTALES	$ 45.204
676	906210	ENTEROVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.317.948
677	906211	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.937
678	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.343
679	906213	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.089
680	906214	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.306
681	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.000
682	906216	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.662
683	906217	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.498
684	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.750
685	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.730
686	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.701
687	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.750
688	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.071
689	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.868
690	906224	HEPATITIS B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$ 300.339
691	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.522
692	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.756
693	906227	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.373
694	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 26.565

695	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O	$ 31.500
696	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 26.248
697	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.500
698	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.265
699	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 222.135
700	906234	INFLUENZA TIPO A ANTICUERPOS IG G	$ 55.252
701	906235	INFLUENZA TIPO A ANTICUERPOS IG M	$ 57.876
702	906236	INFLUENZA TIPO B ANTICUERPOS IG G	$ 53.063
703	906237	INFLUENZA TIPO B ANTICUERPOS IG M	$ 53.723
704	906238	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.302
705	906239	POLIOVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 379.132
706	906240	POLIOVIRUS ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 370.203
707	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 20.655
708	906242	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	$ 36.118
709	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 24.430
710	906244	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.448
711	906245	SARAMPIÓN ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.500
712	906246	SARAMPIÓN ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.856
713	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 26.749
714	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.827
715	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 25.141
716	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 171.480
717	906252	VIRUS DE FIEBRE AMARILLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 359.268
718	906253	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG G	$ 58.296
719	906254	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG M	$ 62.994
720	906255	TOXOCARA SPP ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.359
721	906256	HELICOBACTER PYLORI ANTÍGENO	$ 38.477
722	906258	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.425
723	906259	PARVOVIRUS B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 113.791
724	906260	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G MANUAL	$ 25.657
725	906261	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M MANUAL	$ 26.623
726	906262	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] MANUAL	$ 36.919
727	906263	HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL	$ 41.871
728	906264	RUBEOLA ANTICUERPOS MANUAL	$ 42.553
729	906265	SARAMPIÓN ANTICUERPOS MANUAL	$ 61.733
730	906266	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.992
731	906267	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.514
732	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G RUBEOLA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.395
733	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G CITOMEGALOVIRUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.958
734	906301	ADENOVIRUS ANTÍGENO	$ 42.060
735	906302	ANTÍGENO P 24 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1	$ 133.193
736	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 130.489
737	906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 19.260

738	906305	ARBOVIRUS ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.230
739	906306	BORDETELLA PERTUSSI ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 339.940
740	906307	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 285.405
741	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTÍGENO	$ 69.851
742	906315	ENTAMOEBA HISTOLÍTICA ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 177.823
743	906316	GIARDIA LAMBLIA MANUAL	$ 44.380
744	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	$ 29.316
745	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.550
746	906319	HEPATITIS DELTA ANTÍGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O	$ 92.113
747	906320	HERPES SIMPLEX ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 193.776
748	906321	INFLUENZA ANTÍGENO	$ 73.500
749	906322	LEGIONELLA SPP ANTÍGENO	$ 128.395
750	906323	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTÍGENO	$ 280.582
751	906324	PARAINFLUENZA TIPO 1 3 ANTÍGENO	$ 85.616
752	906325	PNEUMOCYSTIS CARINII ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 236.623
753	906326	ROTAVIRUS ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.554
754	906327	ROTAVIRUS ANTÍGENOS MANUAL	$ 49.599
755	906328	SALMONELLA SPP IDENTIFICACIÓN MANUAL	$ 39.919
756	906329	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTÍGENO	$ 46.500
757	906331	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTÍGENO	$ 166.099
758	906332	HEPATITIS B [HBSAG] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$ 49.233
759	906333	ASPERGILLUS SPP ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 194.650
760	906334	CÁNDIDA SPP ANTÍGENO	$ 299.421
761	906335	CRYPTOSPORIDIUM SPP ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19.273
762	906336	GIARDIA LAMBLIA ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.180
763	906337	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 221.607
764	906339	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ANTÍGENO A Y B	$ 192.637
765	906404	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.235.977
766	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 76.105
767	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.000
768	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.754
769	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.960
770	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.000
771	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.932
772	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.000
773	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.945
774	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.531
775	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 61.668
776	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	$ 63.546
777	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	$ 60.176
778	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.471
779	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	$ 33.626

780	906419	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 53.744
781	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.743
782	906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.009
783	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.833
784	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.002
785	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.530
786	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.449
787	906428	ISOLEUCOAGLUTININAS	$ 36.940
788	906429	JO1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.573
789	906430	SSB [LA] ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.750
790	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.322
791	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 44.860
792	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$ 47.977
793	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.500
794	906435	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$ 80.651
795	906436	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 41.482
796	906437	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$ 41.846
797	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.500
798	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 32.377
799	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 35.005
800	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 27.750
801	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 122.188
802	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	$ 155.825
803	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES IG G IG M E IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 587.271
804	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.858
805	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$ 100.610
806	906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.991
807	906451	QUERATINA ANTICUERPOS	$ 119.638
808	906452	RECEPTORES BETA-2 ADRENERGICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.113
809	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.250
810	906454	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.750
811	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.500
812	906456	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.250
813	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 33.224
814	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 32.680
815	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$ 43.789
816	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 36.123
817	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	$ 36.727
818	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 39.455
819	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL	$ 45.762
820	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 37.046
821	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.880
822	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.315
823	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O	$ 262.797

		AUTOMATIZADO	
824	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 269.064
825	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 369.267
826	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.547
827	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.893
828	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.030
829	906474	GLIADINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.548
830	906475	GLIADINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000
831	906476	GLIADINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000
832	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.500
833	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.370
834	906479	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 136.658
835	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57.612
836	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.189
837	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.472
838	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.320
839	906484	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.732
840	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.422
841	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.141
842	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-HU YO RI FIFISINA CV2 MA2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 279.844
843	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 338.119
844	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 277.039
845	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.373
846	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 473.181
847	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.411
848	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 345.849
849	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 370.296
850	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$ 459.025
851	906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 507.245
852	906502	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$ 1.006.548
853	906503	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$ 378.807
854	906504	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 239.383
855	906506	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 530.811
856	906509	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA	$ 460.555
857	906512	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$ 372.644
858	906513	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCIÓN	$ 531.950
859	906514	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$ 490.734
860	906517	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$ 149.467
861	906518	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$ 332.966
862	906519	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP	$ 1.405.396
863	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	$ 965.344
864	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$ 249.261
865	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO	$ 257.746

866	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 474.556
867	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 444.168
868	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	$ 700.235
869	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II	$ 921.160
870	906527	PRUEBA DE QUIMERISMO	$ 598.380
871	906601	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 280.258
872	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.750
873	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.215
874	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.605
875	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.605
876	906606	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.605
877	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.605
878	906611	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.605
879	906612	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.703
880	906613	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR AUTOMATIZADO	$ 96.813
881	906614	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 123.639
882	906618	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 378.317
883	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.669
884	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.765
885	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.743
886	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 260.925
887	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.256
888	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 17.565
889	906626	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.500
890	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.631
891	906628	PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 162.539
892	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 222.879
893	906707	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 265.886
894	906708	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.011
895	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 59.630
896	906710	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.309.619
897	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 155.745
898	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 111.061
899	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 117.698
900	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.000
901	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 97.421
902	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 270.445
903	906719	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 405.638
904	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.861
905	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 87.697
906	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 164.993
907	906731	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 177.498

908	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 212.830
909	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 202.746
910	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 178.516
911	906739	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 181.019
912	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.461
913	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.570
914	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 88.570
915	906755	EXPRESIÓN DE PERFORINAS EN CÉLULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 787.155
916	906762	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 154.179
917	906763	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.933
918	906764	LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 130.388
919	906765	MARCADOR TCR ALFA BETA (TCRAB) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.432.250
920	906768	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.570
921	906783	LINFOCITOS T DOBLEMENTE NEGATIVOS TCR ALFA-BETA	$ 184.226
922	906801	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.782
923	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 56.391
924	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.148
925	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA	$ 95.471
926	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y	$ 75.000
927	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 141.793
928	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 35.250
929	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 64.900
930	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 64.019
931	906818	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 324.731
932	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 138.481
933	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.452
934	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	$ 162.624
935	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$ 162.851
936	906826	INMUNOGLOBULINA A [IG A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.799
937	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$ 34.927
938	906828	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 32.658
939	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	$ 27.000
940	906830	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SUBCLASES 1 2 3 4	$ 279.957
941	906831	INMUNOGLOBULINA M [IG M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 35.001
942	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	$ 27.000
943	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.756
944	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.751
945	906835	INMUNOGLOBULINA E [IG E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 24.582
946	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	$ 23.304
947	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.807
948	906838	PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 593.355
949	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.415
950	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.429

951	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.807
952	906844	DETERMINACIÓN DE LA EXPLOSIÓN RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	$ 1.023.985
953	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS IG G	$ 93.097
954	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS IG G	$ 75.750
955	906847	PROCALCITONINA MANUAL	$ 110.437
956	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	$ 203.241
957	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.000
958	906852	INTERLEUQUINA 1	$ 272.503
959	906853	INTERLEUQUINA 6	$ 66.289
960	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$ 177.415
961	906901	AGLUTININAS AL FRÍO	$ 20.250
962	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$ 24.800
963	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 9.087
964	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 56.439
965	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.311
966	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	$ 32.052
967	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.312
968	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	$ 27.520
969	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30.750
970	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 5.784
971	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.666
972	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	$ 16.516
973	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 19.184
974	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	$ 5.256
975	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 17.400
976	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 4.098
977	907002	COPROLÓGICO	$ 3.576
978	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	$ 5.562
979	907004	COPROSCÓPICO	$ 8.164
980	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$ 4.716
981	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	$ 8.965
982	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 5.531
983	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 2.778
984	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	$ 14.048
985	907010	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$ 37.510
986	907011	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$ 45.640
987	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 17.947
988	907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 3.576
989	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 34.584
990	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO	$ 37.174
991	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 9.014
992	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 6.360
993	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 3.992
994	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 8.542
995	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$ 14.215
996	907106	UROANÁLISIS	$ 3.407
997	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$ 11.850
998	907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	$ 11.930

999	907109	DENSIDAD URINARIA	$ 5.864
1000	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$ 16.805
1001	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	$ 30.019
1002	907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	$ 19.183
1003	907204	PARÁSITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES	$ 11.291
1004	908303	GANGLIÓSIDOS CUALITATIVOS	$ 317.590
1005	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 135.859
1006	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 174.123
1007	908308	ÁCIDO ORÓTICO	$ 373.139
1008	908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	$ 462.363
1009	908310	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO	$ 394.030
1010	908311	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$ 377.345
1011	908312	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO	$ 375.723
1012	908313	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL	$ 374.484
1013	908314	CISTINA CUANTITATIVA	$ 369.168
1014	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 110.571
1015	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 307.668
1016	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 778.783
1017	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 350.312
1018	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$ 620.205
1019	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 351.462
1020	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 421.230
1021	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	$ 359.730
1022	908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 361.367
1023	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 305.448
1024	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$ 441.755
1025	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$ 363.138
1026	908333	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	$ 820.237
1027	908334	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	$ 578.774
1028	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	$ 499.769
1029	908336	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD	$ 880.819
1030	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	$ 280.392
1031	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$ 409.085
1032	908340	CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS	$ 368.861
1033	908341	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	$ 424.199
1034	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS	$ 363.414
1035	908343	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$ 292.282
1036	908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 493.534
1037	908345	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	$ 1.031.981
1038	908346	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	$ 558.899
1039	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	$ 121.802
1040	908348	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUÉMICO	$ 159.607
1041	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)	$ 380.049
1042	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)	$ 99.000
1043	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	$ 443.581
1044	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	$ 384.361
1045	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$ 430.007
1046	908413	PRUEBA DE CROMATINA	$ 973.027
1047	908414	PRUEBA DE CROMATINA	$ 511.403

1048	908418	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$ 610.137
1049	908419	ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)	$ 3.082.946
1050	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	$ 2.365.506
1051	908421	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	$ 2.331.350
1052	908422	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	$ 2.917.537
1053	908423	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECÍFICAS)	$ 1.538.175
1054	908424	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)	$ 686.570
1055	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	$ 318.853
1056	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	$ 242.140
1057	908428	HFE (HEMOCROMATOSIS)	$ 441.458
1058	908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN COMPLETA	$ 3.307.651
1059	908434	BRCA1 Y BRCA2 MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA	$ 1.062.844
1060	908435	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA	$ 2.233.751
1061	908438	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLÉICOS	$ 92.113
1062	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$ 673.134
1063	908440	PATERNIDAD O FILIACIÓN PRUEBA	$ 1.180.224
1064	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	$ 224.406
1065	908601	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 2.780.954
1066	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 613.891
1067	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	$ 708.562
1068	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	$ 247.500
1069	908802	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA GENOTIPO	$ 1.683.155
1070	908803	HEPATITIS B GENOTIPO	$ 845.592
1071	908804	CITOMEGALOVIRUS GENOTIPO	$ 2.400.533
1072	908805	CITOMEGALOVIRUS CARGA VIRAL	$ 371.995
1073	908806	HEPATITIS B CARGA VIRAL	$ 304.732
1074	908807	HEPATITIS C CARGA VIRAL	$ 375.000
1075	908808	HERPES SIMPLEX CARGA VIRAL	$ 442.911
1076	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 749.452
1077	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 679.921
1078	908811	EPSTEIN-BARR CARGA VIRAL	$ 547.500
1079	908812	ADENOVIRUS CARGA VIRAL	$ 676.467
1080	908813	PARVOVIRUS CARGA VIRAL	$ 566.850
1081	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL	$ 180.077
1082	908833	HEPATITIS C GENOTIPO	$ 823.943
1083	908855	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 573.938
1084	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 255.000
1085	908857	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 710.302
1086	908858	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 830.690
1087	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 716.432
1088	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 50.851
1089	911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO	$ 50.851
1090	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA	$ 63.399
1091	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE	$ 7.050

		ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	
1092	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 50.851
1093	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO	$ 50.851
1094	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	$ 72.470
1095	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 72.470
1096	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$ 72.470
1097	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 12.198
1098	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO	$ 331.994
1099	911012	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTÍGENO	$ 525.401
1100	911013	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA	$ 93.924
1101	911014	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO	$ 77.477
1102	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA RH [ANTÍGENO RH D] POR MICROTÉCNICA	$ 3.992
1103	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA RH [ANTÍGENO RH D] EN TUBO	$ 3.992
1104	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$ 12.843
1105	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	$ 5.040
1106	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA[HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	$ 12.843
1107	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	$ 12.843
1108	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$ 19.929
1109	911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO RH D VARIANTE POR MICROTÉCNICA	$ 17.714
1110	911024	ESTUDIO DEL ANTÍGENO RH D VARIANTE EN TUBO	$ 11.286
1111	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	$ 106.343
1112	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	$ 88.819
1113	911031	PRUEBA CRUZADA PLAQUETARIA	$ 15.434
1114	911034	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$ 45.343
1115	911035	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS POR MICROTÉCNICA	$ 44.863
1116	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 193.575
1117	911036	TITULACION DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$ 58.456
1118	911037	TITULACION DE ISOAGLUTININAS POR MICROTECNICA	$ 58.456

ANEXO N°3

OFERTA ECONÓMICO

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 % ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ÍTEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.	
GRUPO I: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8..	_____%

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%

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

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

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 NACIONAL** 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 y Seguimiento de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.
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 SALUD BOLIVAR de la Policía Nacional 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 de que se hayan suministrado.
10. CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.
11. Incluir todas aquellas obligaciones que el contratista debe cumplir con el fin de alinear la actividad contractual a las buenas prácticas en materia ambiental. Tener además en cuenta
12. Así mismo incluir las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID.
13. Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "*Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado*" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "*Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos*" y el registro de la factura electrónica de venta.
14. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas 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.
15. Cumplir con la normatividad de gestión integral de residuos hospitalarios.
16. EL CONTRATISTA NO PODRA CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO, salvo que se trate de urgencia debidamente justificada de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de urgencia o urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos, en este caso la facturación se realizara conforme a las tarifas establecidas en el presente contrato.
17. Durante la ejecución del contrato, el contratista deberá efectuar el cargue de las facturas en el aplicativo SECOP II, lo cual será objeto de verificación por parte del supervisor designado.

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL –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 técnicas contenidas en el anexo técnico.

5.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.

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

7.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.

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

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

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

11.En el caso de que el contratista no efectúa el cargue de las facturas en el aplicativo SECOP II durante la ejecución del contrato, corresponderá al supervisor realizar dicha actividad, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales

12.El supervisor del contrato deberá oportunamente realizar en la plataforma del secop II el cargue de los informes de supervisión del contrato asignado en concordancia con el ARTÍCULO 2.2.1.1.1.7.1. del decreto 1082 del 2015

ANEXO N°6

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Soledad, _____ de_____ de 2026

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – 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 la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8.**

El proponente:

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

ANEXO No 7

TIPIFICACION, ESTIMACIÓN, DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	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 SEIS (6) MESES MAS PARA FECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara el riesgo de incumplimiento durante el plazo de ejecución 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 cláusula penal pecuniaria.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO **ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.15.**	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZ DE EJECUCCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara a la entidad de los perjuicios derivados del deficiente servicio prestado por el contratista durante la vigencia del contrato.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	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 SUSCRIPCIÓN 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 derivado de la contratación del personal utilizados para la ejecución del contrato.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	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 SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución de contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas. La póliza deberá contener como mínimo, en adición a la cobertura básica de predios, labores y operaciones los amparos contemplados en el artículo 2.2.1.2.3.2.9. numeral 3 del Decreto 1082 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 APLICARÁ 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 APLICARÁ 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 DIERONLUGAR 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 PROPORCIONOL 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

ANEXO 8

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Barranquilla, seleccionar la fecha.
Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Elegir la modalidad de contratación. Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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 fui 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 clasificados con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificados 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

ANEXO N° 9

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

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

Barranquilla, _____de_____2026

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

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.",**
Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad _____ 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 POLICÍA NACIONAL – 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 POLICÍA NACIONAL – 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. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del proceso que se nos ofrece, de la invitación pública y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del proceso, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 DE LA POLICÍA NACIONAL, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. , las que de antemano aceptamos.

13. 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 POLICÍA NACIONAL – 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 explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

14. 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.

15. 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.

16. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – 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.

17. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección: _____; Teléfono (os): _____ Fax: _____.

18. 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).

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

20. 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

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.

FORMULARIO N° 3

COMPROMISO ANTICORRUPCION

Barranquilla DE 2026

Señores.
POLICÍA NACIONAL –DIRECCIÓN DE SANIDAD- **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8**
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligénciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.",**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de 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 POLICÍA NACIONAL – 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 POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, 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 POLICÍA NACIONAL – **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 POLICÍA NACIONAL - **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

[1] Decreto 2153 de 1992, Arts. 44 y 47.

FORMULARIO No. 4

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

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

1. Los recursos utilizados para las gestiones 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 contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
2. Que mi empresa sea utilizada para dar apariencia de legalidad a fondos ilegales o para financiar actividades terroristas.
3. Que mi empresa y sus representantes, socios, administradores, accionistas y/o beneficiarios finales no realizan, facilitan, promueven ni han realizado directa o indirectamente actividades ilícitas, tales como:

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

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

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

Barranquilla,

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

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía PN RASES8 MIC ___2026, cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.".**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación 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 identificación 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 Elegir 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 DEL SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha

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

Ref. Proceso de selección abreviada mínima cuantía Número **PN RASES8 MIC 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.".**

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

En cumplimiento de lo anterior, me comprometo a:

- Dar cumplimiento a la legislación ambiental colombiana vigente, de conformidad con la naturaleza de las actividades desarrolladas en el marco del contrato.

- Tramitar, mantener vigentes y cumplir los permisos, concesiones, autorizaciones y/o licencias ambientales que sean requeridos antes, durante y al finalizar la ejecución contractual

- Aplicar buenas prácticas ambientales, tales como el uso eficiente del agua, el ahorro de energía, la adecuada gestión de residuos, el cumplimiento de los límites máximos permisibles de emisiones, el uso de productos biodegradables, y la reducción del uso de plásticos de un solo uso, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.

- Asegurar la segregación en la fuente, almacenamiento temporal seguro, transporte y disposición final por parte de gestores autorizados, manteniendo manifiestos, actas de disposición final y certificados. Cuando aplique, cumplir el PGIRASA u otros planes sectoriales.

- Disponer de convenios y/o contratos vigentes con un gestor externo debidamente autorizado, así como de las actas de disposición final correspondientes. Así mismo, el gestor externo deberá contar con las licencias ambientales vigentes, certificados requeridos por la normatividad aplicable y demás documentos habilitantes. Toda la documentación deberá mantenerse actualizada y, en caso de ser requerida, será remitida al supervisor del contrato.

- Garantizar que el personal bajo mi responsabilidad se encuentre capacitado en temas ambientales relacionados con la gestión integral de residuos, saneamiento básico y cumplimiento ambiental, disponiendo de las actas, registros y certificaciones de capacitación y socialización respectivas.

- Asumir como responsabilidad propia cualquier infracción ambiental derivada de la omisión en la obtención de permisos, concesiones o licencias ambientales que resulten necesarias antes, durante o al finalizar la ejecución del servicio u obra

- Colaborar y propender por el mejoramiento continuo, con el propósito de identificar, fortalecer e implementar de manera permanente prácticas innovadoras y sostenibles en el desarrollo de las actividades contractuales.

- En caso de que la prestación del servicio se realice en las instalaciones de la unidad, contribuir al cumplimiento de los programas ambientales establecidos por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**, en lo relacionado con el manejo de residuos sólidos y residuos peligrosos, manejo de vertimientos, responsabilidad social, uso eficiente del agua y uso eficiente de la energía.

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

FORMULARIO No 7

FORMULARIO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Soledad, _____de_____de 2026

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

Referencia: certificado de inhabilidad e incompatibilidad del proceso PN RASES8 MIC __ 2026, cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.".**

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 No 8

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No. 8
Ciudad.

Referencia: constancia cumplimiento obligaciones parafiscales del proceso PN RASES8 MIC 2026, cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.".**

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: EL PRESENTE ACUERDO DE VOLUNTADES TIENE POR OBJETO REGULAR LAS CONDICIONES PARA LA PROVISIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD, CONSISTENTE EN EL SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS, DESTINADOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LOS DEPARTAMENTOS DE SUCRE, MAGDALENA, BOLÍVAR (ESPRI CARTAGENA – ESPRI MAGANGUÉ) Y LA GUAJIRA, ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

_____
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 9

FORMATO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Soledad, _____ de_____ de 2026
Señores.
POLICÍA NACIONAL – **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8**

Referencia: Experiencia del proponente del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8."**

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.

CONSECUTIVO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD *			% PART	VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (SMMLV)	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN PRESENTADA EN LA OFERTA	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA EXPERIENCIA EN EL RUP.
				I	UT	C				
1	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
2	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
3	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
4	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
5	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
TOTAL								00		

*** I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO**

Nota: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

_____
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

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	
Ciudad y Fecha:	
Nombres y Apellidos:	
Cedula de Ciudadanía:	
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Profesión:	
Nombre Universidad:	
No. Registro Profesional:	
Título Obtenido:	
Especializaciones:	
Subespecialización	
Tiempo de Experiencia en la Profesión:	
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:	
Cargo que desempeña:	
_____ **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.**	

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	

FORMULARIO 10

FORMATO DE VISITA TECNICA

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

ITEM	CRITERIO TECNICO		OBSERVACIONES	CUMPLE	
				SI	NO
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS:					
1	712	TOMA DE MUESTRA LABORATORIO			
2	706	LABORATORIO CLINICO			
SISTEMAS DE INFORMACIÓN					
2	HISTORIA CLÍNICA (ELECTRÓNICA) CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS - ACCESOS RESTRINGIDOS				
PROCESOS PRIORITARIOS					
3	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
4	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
5	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)				
6	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
7	CÓMITE DE INFECCIONES				

1. CONCEPTO FINAL DEL COMITÉ EVALUADOR

Conclusión técnica:

☐ Cumple con los criterios establecidos

☐ No cumple con los criterios establecidos

Observaciones generales del comité:

_____

_____

_____

Firma del Comité Evaluador Técnico:

_____

_____

_____

FORMULARIO 11

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022) INDICADORES TÉCNICOS DE CALIDAD, DE GESTIÓN Y RESULTADOS (IMPACTO)

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

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

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

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

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

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

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

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

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

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

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

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

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

Indicador Nro 1.
1. Nombre: Proporción de satisfacción global
2. Descripción: Es un indicador clave de calidad que mide el porcentaje de usuarios que reportan estar satisfechos con la totalidad de la atención recibida en una institución de salud, evaluando aspectos como la calidad del servicio, la comunicación, la accesibilidad y la empatía del personal, a través de encuestas aplicadas a pacientes.
3. Unidad de medida: porcentaje

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

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

Indicador Nro. 2 1. Nombre: Accesibilidad sin barreras	
2. Descripción: Mide el porcentaje de solicitudes de servicios de salud que son atendidas sin la presencia de barreras administrativas, tales como trámites innecesarios, demoras injustificadas, negaciones no pertinentes o fallas en los procesos de autorización. Este indicador permite evaluar la eficiencia en la gestión administrativa y el acceso efectivo de los usuarios a los servicios, especialmente en procesos de asignación y prestación de atenciones en salud.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador se implementará de manera gradual, considerando el ajuste de los procesos administrativos y la adopción de mejoras en la gestión de la demanda: **Mes 1:** Levantamiento de línea base, identificación de barreras administrativas frecuentes y ajuste de procesos	

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

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL

(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Oportunidad en el trámite y pago de facturación.	**Numerador:** Total de facturas válidas y debidamente auditadas, pagadas al contratista dentro de los plazos establecidos por la ley y el contrato en el periodo evaluado. **Denominador:** Total de facturas válidas radicadas y aceptadas por la supervisión en el periodo evaluado.	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%

Indicador Nro 1 1. Nombre: Oportunidad de pago en el trámite y pago de facturación (LEY 1122 DE 2007 y Decreto 441 de 2022)	
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 de facturas válidas y debidamente auditadas, pagadas al contratista dentro de los plazos establecidos por la ley y el contrato en el período evaluado. **Denominador:** Total de facturas válidas radicadas y aceptadas por la supervisión en el período evaluado.
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 (Artículo 13, literal d, sobre flujo de recursos), Decreto 441 de 2022 (Acuerdos de Voluntades en Salud), Resolución 2335 de 2023 y Resolución 2284 de 2023 (Soportes de cobro y RIPS).
	>90%

10. Meta, umbral o rango esperado	89% - 80% 79% - 70% -70%	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %	

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	>90% 80% 70% -60%

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

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	

Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	>90% 80% 70% <60%

Indicador Nro 3 1. Nombre: Tasa de Precisión de Facturación	
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de eficiencia y calidad en el proceso de facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado. Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La evaluación de la precisión en la facturación se aplicará de forma gradual para permitir que el equipo de facturación del prestador se alinee con el manual de glosas de la entidad: **Mes 2:** Se considera un periodo de **ajuste técnico**. Se medirá el indicador sin impacto en la calificación de desempeño, con el fin de identificar las causas recurrentes de glosa (ej. falta de soportes, errores en RIPS o falta de autorización). El cumplimiento esperado es del **85%**. **Mes 3 (Fase de Estabilización):** El prestador deberá haber implementado acciones correctivas sobre las causas detectadas. Se exigirá un cumplimiento mínimo del **92% de precisión** (valor de glosa aceptada vs. valor radicado). **Mes 4 en adelante (Fase de Régimen Permanente):** Se exigirá un estándar de excelencia con un cumplimiento del **96% o superior**. Un resultado por debajo de este umbral se considerará una ineficiencia administrativa que afecta la gestión del riesgo financiero.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007, Decreto 441 de 2022, Resolución 2335 de 2023 y Resolución 2284 de 2023 (RIPS y soportes de cobro vigentes).
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% <60%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	7 %

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

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

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

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

El canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envío de la información necesaria para la revisión de los indicadores es: degua.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.