REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

GS-2026- / RASES – GRUCO – 17.2

Santiago de Cali,

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTIA

PN RASES4 MIC 239/2026

La Regional de Aseguramiento en Salud No.4, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de desarrollar el objeto del presente proceso ".", de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

El presente proceso de contratación se adelantará por modalidad de selección de MÍNIMA CUANTÍA, según lo establecido en el numeral 5 del artículo 2 Ley 1150 de 2007 (adicionado por el artículo 274 de la Ley 1450 del 2011 y el artículo 94 de la Ley 1474 de 2011), Capítulo V del Decreto 734 de 2012 y acorde con lo estipulado en el capítulo 2 subsección 5 del Decreto 1082 de 2015.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

Objeto	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.".**
Presupuesto	El valor total estimado del presente proceso de contratación corresponde a **CINCUENTA MILLONES PESOS COLOMBIANOS ($50.000.000)**, Incluido IVA, discriminados de la siguiente manera: Vigencia 2026: **DIEZ MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($10.000.000)** amparados en el certificado de disponibilidad presupuestal No. 62926 de fecha 27 de octubre del año 2026, expedido por la responsable de presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4. Vigencia 2027: **CUARENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($40.000.000)** autorización de vigencia futura bajo comunicación oficial No. GS-2026-093799-DISAN. – Asignación SIIF 11526 del 15-10-2026..
Plazo de ejecución	El plazo de ejecución del contrato será a partir del perfeccionamiento del contrato, aprobación de las garantías y notificación de la carta de inicio de ejecución al contratista, hasta el **treinta (30) de junio del año 2027 o agotar presupuesto.**
Lugar de prestación del servicio	La prestación del servicio será en el municipio de Santander de Quilichao (Cauca).
Forma de pago	La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 pagará el valor del contrato al Oferente en la ciudad de Popayán, mensualmente, dentro de los cuarenta

	y cinco días (45) días calendarios siguientes a la presentación de la factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B CAUCA, dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. El RECIBO **A SATISFACCIÓN (RAS)** expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes. Una vez radicada la factura por parte del Oferente, el Coordinador de la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, deberá remitir la cuenta al Supervisor del Contrato, quien dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico y devolverla junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite correspondiente. Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del OFERENTE, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **AUDITORIA DE CUENTAS:** Los responsables de la Ventanilla Única de la Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, tramitará a la auditora de cuentas del Proceso Financiero la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo. **TRÁMITE DE GLOSAS:** En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. En su artículo 57 *"Trámite de Glosas"*, cuyo texto es el siguiente: *"**ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.
El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.".

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

La radicación de la facturación Impresa de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con:

- La facturación debe cumplir con lo establecido en la Ley de archivo – Ley 594 de 2000.
- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 780 de 2016, Decreto 4747 de 2007, 2284 de 2023 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. En caso de presentarse más de una factura dentro del mismo paquete, la entidad deberá señalar cada factura mediante un stricker o separador.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 2275 de 2023 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones
- **Adjuntar preradicado** de SISAPWEB (si aún no tiene usuario y contraseña deberán solicitarlo a deval.rases-rip@policia.gov.co). El Preradicado corresponde al número emitido por el correcto cargue de los **RIPS** en la malla validadora de SISAPWEB, es de aclarar que el preradicado debe corresponder tanto en valor como en cantidad de facturas a cada envío, relación o cuenta de cobro presentado por la entidad, es decir que no se admiten cargues masivos por la totalidad de las facturas presentadas (un preradicado por cada uno de los paquetes el cual puede ser desde 1 hasta máximo 50 facturas).
- Planilla asignación de turno (aplica solo para las entidades con las que hay contrato)
- Instructivo 013 completamente diligenciado grabado en CD o enviado al correo electrónico deval.rases-rip@policia.gov.co.

A	FECHA DE FACTURA	No. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	NOMBRE DIAGNOSTICO INGRESO	FECHA DE EGRESO DEL PACIENTE	NOMBRE DIAGNOSTICO EGRESO	FAC

- Separar la facturación por vigencia y mes de atención y servicio.

- Cualquier duda e inquietud se podrán comunicar con el Teléfono Ventanilla Única Tel. 6605795 o a los correos deval.rases-cue@policia.gov.co y deval.rases-rip@policia.gov.co.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 - NIT 805-022-186-6, según sea el origen del usuario beneficiado.
- Discriminado de la factura.
- Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:

- Historias clínicas.
- Autorizaciones.
- Orden medica

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, ubicada en la calle 32 No. 12-50, Barrio campo Bello, Popayán - cauca, celular 3505635440, en horario administrativo.

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.
Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

	Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 780 de 2016, Decreto 4747 de 2007 y Resolución 2335 de 2023, Resolución 2284 de 28 de diciembre del 2023 del ministerio de salud y protección social. Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia. Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente. Las contempladas en la Resolución 2284 de 2023, la Resolución 2335 de 2023, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. **PLATAFORMA SECOP II** El Oferente a quien se le adjudique el presente Proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del Contrato y poder realizar el respectivo Pago. **NOMBRE BENEFICIARIO: XXXXXXXX** **CUENTA No. XXXXXXX** **TIPO DE CUENTA:** XXXXXX **ENTIDAD FINANCIERA:** XXXXXX
Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido 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 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. e. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. f. 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. g. Cuando la firma oferente no haya realizado la renovación de la matricula mercantil en firme conforme lo establece el Código de Comercio, reflejada en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil expedido por la cámara de comercio correspondiente, adjunta al presente proceso. (LAS ENTIDADES REGULADAS POR LA LEY 100 DEL 93 NO ESTAN OBLIGADAS). h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos y al solicitar la justificación esta no sea coherente a la propuesta presentada. i. En el evento en que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 haya solicitado al oferente por escrito con posterioridad a la presentación de la oferta, aclaraciones o explicaciones relacionadas con información de la misma y éste no de respuesta dentro del término establecido para ello en el escrito de solicitud. j. Cuando el proponente allegue documentos de subsanación, pero no acredite el cumplimiento total de los requisitos habilitantes requeridos por la Entidad. k. Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica. l. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas.

	m. Cuando el representante legal del proponente o de alguno de los integrantes del Consorcio o Unión temporal no se encuentre debidamente autorizado para presentar la propuesta y firmar el contrato de acuerdo con los estatutos sociales. n. Cuando la oferta se presente en forma extemporánea o en un lugar distinto al señalado en el presente proceso. o. Cuando se compruebe que los documentos presentados por el proponente contienen información imprecisa, inexacta o que de cualquier manera genere confusión para la Entidad, caso en el cual se iniciarán las acciones correspondientes, si a ello hubiere lugar. p. Cuando el proponente presente su oferta con algún tipo de condicionamiento, en cualquiera de los documentos de la propuesta. q. Cuando la propuesta sea presentada por Consorcio o Unión Temporal o cualquier tipo de sociedad futura y no se constituya el documento legal que demuestre tal condición. r. Cuando el proponente singular o plural presente su oferta desde una cuenta diferente a la propia, constituida en forma asociativa, de conformidad con lo indicado por Colombia Compra Eficiente en los manuales de uso de SECOP II. s. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. t. La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en la invitación. u. En el evento que el proceso se encuentre limitado a Mipyme Nacional se considerará como causal de rechazo la oferta que provenga de aquel proponente que no ostente dicha condición. v. Cuando durante el término otorgado para subsanar la oferta se acrediten circunstancias ocurridas con posterioridad al cierre del proceso. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 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	Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con propuesta económica de mayor porcentaje de descuento hasta la de menor porcentaje. **De conformidad con los numerales 5 y 7 del Artículo 2.2.1.2.1.5.2, del Decreto 1082 de 2015**, modificado por el Articulo 2 del Decreto 1860 de 2021, **la Regional de Aseguramiento en Salud No 4**, revisará las ofertas económicas y verificará que la **de mayor porcentaje de descuento cumpla** con las condiciones establecidas de la invitación. Si esta no cumple con las condiciones de la invitación, **la Regional de Aseguramiento en Salud No 4**, verificará el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo **mejor porcentaje**, y así sucesivamente.

	Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP II según Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional".
Procedimiento en caso de empate a menor precio	En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto 1860 de 2021, el cual adiciona el artículo 2.2.1.2.4.2.17 al Decreto 1082 de 2015 Factores de Desempate y acreditación, que indica en caso de presentarse empate en el puntaje total de dos o más ofertas, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 , escogerá el oferente que tenga el mayor puntaje en el primero de los factores de escogencia y calificación establecidos en los pliegos de condiciones del proceso de contratación, si persiste el empate escogerá al oferente que tenga el mayor puntaje en el segundo de los factores de escogencia y calificación establecidos en los pliegos de condiciones del proceso de contratación, y así sucesivamente hasta agotar la totalidad de los factores de escogencia y calificación establecidos en los pliegos de condiciones. Si después de aplicar esta regla persiste el empate, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 aplicará lo establecido en la citada norma. ***ARTÍCULO 35. FACTORES DE DESEMPATE.*** *En caso de empate en el puntaje total de dos o más ofertas en los Procesos de Contratación realizados con cargo a recursos públicos, los Procesos de Contratación realizados por las Entidades Estatales indistintamente de su régimen de contratación, así como los celebrados por los Procesos de Contratación de los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales, el contratante deberá utilizar las siguientes reglas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar al oferente favorecido, respetando en todo caso los compromisos internacionales vigentes.* 1. Se preferirá la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros. 2. Se preferirá la oferta presentada por un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura siempre que: a) este conformado por al menos una Mypime Nacional con una participación mínima del 25%, b) la Mipymes aporte mínimo el 25% de la experiencia acreditada en la oferta; y c) ni la Mypime, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura. 3. Se preferirá al proponente singular que acredite tener vinculado laboralmente por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad y el cumplimiento de los presupuestos contenidos en la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, el integrante del oferente que acredite que el 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el 25% en el consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, y aportar mínimo el 25% de experiencia acreditada en la oferta. 4. *Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros* 5. *Preferir la propuesta de la mujer cabeza de familia, mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por mujeres cabeza de familia, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.* 6. *Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un proponente plural, el integrante del oferente que*

acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.

7. *Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite la vinculación en mayor proporción de personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley.*
8. *Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite, en las condiciones establecidas en la ley, que por lo menos diez por ciento (10%) de su nómina pertenece a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas.*
9. *Preferir la propuesta de personas en proceso de reintegración o reincorporación o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por personas en proceso de reincorporación, y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.*
10. *Preferir la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una madre cabeza de familia y/o una persona en proceso de reincorporación o reintegración, o una persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente, y, que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el proponente plural; (b) la madre cabeza de familia, la persona en proceso de reincorporación o reintegración, o la persona jurídica aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la madre cabeza de familia o persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.*
11. *Preferir la oferta presentada por una Mipyme o cooperativas o asociaciones mutuales; o un proponente plural constituido por Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales.*
12. *Preferir la oferta presentada por el proponente plural constituido por micro y/o pequeñas empresas, cooperativas o asociaciones mutuales.*
13. *Preferir al oferente que acredite de acuerdo con sus estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25%) del total de pagos realizados a Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior; o, la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una MIPYME, cooperativa o asociación mutual que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%); (b) la MIPYME, cooperativa o asociación mutual aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la MIPYME, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.*
14. *Preferir las empresas reconocidas y establecidas como Sociedad de Beneficio e Interés Colectivo o Sociedad BIC, del segmento MIPYMES.*
15. *Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto previamente en los Documentos del Proceso.*

PARÁGRAFO PRIMERO. *Los factores de desempate serán aplicables en el caso de las cooperativas y asociaciones mutuales que cumplan con los criterios de clasificación*

empresarial, definidos por el Decreto 957 de 2019, priorizando aquellas que sean micro, pequeñas o medianas.

PARÁGRAFO SEGUNDO. *Para los criterios enunciados que involucren la vinculación de capital humano, el oferente deberá acreditar una antigüedad igual o mayor a un año. Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá en cuenta a aquellos trabajadores que hayan estado vinculados desde el momento de constitución de la misma.*

PARÁGRAFO TERCERO. El Gobierno Nacional podrá reglamentar la aplicación de factores de desempate en casos en que concurran dos o más de los factores aquí previstos.

16. Se utilizará un método aleatorio para seleccionar el oferente, si el empate se mantiene, por lo tanto, LA ENTIDAD adjudicará el contrato al proponente que resulte favorecido en sorteo que se efectuará de manera pública con las empresas empatadas, estas se citaran por el medio más idóneo y expedito para dicho fin; el sorteo se realizará conforme a las reglas que se señalan a continuación:

I. Se realizará un sorteo entre las propuestas empatadas mediante el sistema del sorteo con balotas, papeletas o fichas, las que deben estar marcadas de manera individual con el nombre de las empresas empatadas. Habrá tantas balotas, papeletas o fichas como tantos oferentes estén empatados.

II. Las balotas, papeletas o fichas se depositarán en una bolsa en presencia del Jefe del Área Logística y Financiera de la unidad, los integrantes del comité de adquisiciones, el asesor jurídico de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4 y los oferentes asistentes, previa verificación de probidad de las mismas, junto con tres (3) balotas, papeletas o fichas en blanco.

III. Se elegirá entre los asistentes mediante el medio más idóneo que se escoja en ese momento a la persona encargada de sacar la balota, papeleta o ficha.

IV. La primera balota, papeleta o ficha en ser extraída de la bolsa y que contenga el nombre de una firma oferente será la propuesta ganadora.

V. De la anterior actuación se dejará constancia en acta suscrita por los participantes, que será publicada en la página www.colombiacompra.gov.co Portal Único de Contratación. El acta se entenderá que hace parte integral del documento de la evaluación.

CRITERIO DE DESEMPATE	FORMA DE VERIFICAR
1.Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros	Este requisito es verificable con el documento apoyo a la industria Nacional y la verificación de las condiciones constitutivas del proponente.
2.Preferir la propuesta de la mujer cabeza de familia, mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o la de un proponente	**MUJER CABEZA DE FAMILIA**: La condición de mujer cabeza de familia y la condición de esta se adquirirá desde el momento que ocurra el respectivo evento y se declare ante notario.

	plural constituido por mujeres cabeza de familia, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.	Esta declaración debe ser expedida dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación de la oferta. **MUJERES VICTIMAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR** Certificación de protección expedida por comisario, juez civil municipal o promiscuo municipal o autoridad indígena. En los casos de los proponentes plurales, se preferirá la oferta cuando cada uno de los integrantes acredite alguna de las condiciones señaladas en los incisos anteriores. Teniendo en cuenta los datos sensibles que se establecen como criterio de desempate, es necesario que el titular de la información autorice de manera previa y expresa el tratamiento de esta información (formato ...), de acuerdo a la Ley 1581 de 2012.
	3.Preferir la propuesta presentada por un proponente plural que acredite en las condiciones establecidas en la Ley que por lo menos el 10% de su nómina esta en condición de discapacidad, de acuerdo al artículo 24 de la Ley 361 de 1997.	
	Si la oferta es presentada por un proponente plural, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina esta en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en la estructura plural y aportar como mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.	Este personal debe haber sido contratado por lo menos con anterioridad a un año al cierre del presente proceso de selección, lo cual se acreditará con los siguientes documentos: • Certificado de aportes a seguridad social del último año o del tiempo de su constitución cuando su tiempo es inferior a un año. • Certificación expedida por el Ministerio de Trabajo. • Certificación expedida por el representante legal donde manifieste que mantendrá dicho personal por un lapso igual al termino de ejecución del contrato, se deberá diligenciar el formato presentado por la RASES 4, el cual debe estar suscrito por la persona natural. • Si la oferta es presentada por un consorcio o una unión temporal, el integrante del proponente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los

		términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en consorcio o en la unión temporal y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia que se requiere dentro de los criterios habilitantes.
	4.Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite la vinculación en mayor proporción de personas mayores que no sean beneficiarias de la pensiona de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley.	• Certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal que acredite bajo la gravedad de juramento que las personas vinculadas en su nómina no son beneficiarios de pensión vejez, familiar o sobrevivencia y que cumplieron con el requisito de edad de pensión. • Se tendrá en cuenta la vinculación de aquellas personas que se encuentran en las condiciones descritas y que hayan estado vinculadas con anterioridad igual o mayor a un (1) año contado a partir de la fecha del cierre del proceso. Para los casos de constitución inferior a un año, se tendrá en cuenta a aquellos que hayan estado vinculados desde el momento de la constitución de la persona jurídica. • El tiempo de vinculación en la planta referida, se certificará con el certificado de aportes a seguridad social del último año o del tiempo de constitución de la persona jurídica, cuando su conformación es inferior a un año en el que se demuestre los pagos realizados por el empleador. • En el caso del proponente plural, será el representante legal quien debe certificar el numero personas mayores que no son beneficiarias de pensión vejez, familiar o de sobreviviente, los cuales deben haber cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley, podrán estar vinculadas por a cualquiera de sus integrantes
		• La mayor proporción se acreditará mediante certificación expedida

		por el representante. En el caso de proponentes plurales, la mayor proporción se definirá con la sumatoria de trabajadores vinculados en la planta de personal de cada uno de sus integrantes.
	5.Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite, en las condiciones establecidas en la ley, que por lo menos diez por ciento (10%) de su nómina pertenece a la población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitana.	Certificación expedida por la persona natural, revisor fiscal según sea el caso bajo la gravedad de juramento señalara las personas vinculadas a su nómina con número de identificación y nombre son pertenecientes a la población señalada en la presente ley. Solo se tendrá en cuenta la vinculación con una de anterioridad igual o mayor a un (1) año contados a partir del cierre del proceso. El tiempo se demuestre con los pagos a la seguridad social realizados por el empleador para acreditar el tiempo de vinculación en la planta respectiva. Aportar certificación expedida por el Ministerio del Interior en la que se acredite que el trabajador pertenece a una de las comunidades señaladas en la presente ley. En el caso de proponentes plurales, El representante legal acreditara mediante certificación que le diez (10) porciento total de la nómina pertenece a la población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera, Rrom o gitana. Este porcentaje se definirá de acuerdo a la sumatoria de cada uno de los integrantes del proponente plural. Las personas enunciadas anteriormente podrán estar vinculadas a cualquiera de sus integrantes. En todo caso, deberá aportar la copia de la certificación expedida por el Ministerio del Interior, en la cual acredite que el trabajador pertenece a la población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera, Rrom o gitana en los términos del Decreto Ley 2893 de 2011, o la norma que lo modifique, sustituya o complemente. Debido a que, para el otorgamiento de este criterio de desempate se entregan certificados que contienen datos sensibles, de acuerdo con el literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, se requiere autorización por parte del titular del dato

		como es el caso de las personas que pertenece a la población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas; el proponente deberá anexar la autorización para el tratamiento de datos personales como requisito para el otorgamiento del criterio de desempate.
	6.Preferir la propuesta de persona en proceso de reintegración o reincorporación.	• Certificación de desmovilización por la oficina de Alto Comisionado para la Paz. • Certificación emitida por el comité Operativo para la dejación de las armas respecto de las personas desmovilizadas en forma individual. • Certificación emitida por la agencia de Reincorporación y la normalización acreditando que la persona se encuentra en proceso de reincorporación o reintegración. • Copia del documento de identificación de la persona en proceso de reincorporación o reintegración • Si es persona jurídica, el representante legal o revisor fiscal si se encuentra obligado a tenerlo, presentara certificado donde acredite bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50%) de su composición accionaria o cuotas partes está compuesta por personas en proceso de reintegración o reincorporación, aportando los documentos de identificación de cada una de las personas que están en proceso de reincorporación o reintegración. • O cualquier otro certificado que para efecto determine la Ley • En el caso de proponentes plurales se preferirá la oferta cuando todos los integrantes sean personas en proceso de reincorporación, para lo cual se entregará algunos de los certificados del inciso primero de este numeral y/o personas jurídicas que el cincuenta por ciento (50%) de la composición

		accionaria o cuotas partes este constituida por personas en proceso de reincorporación, aportando los documentos de identificación de cada una de las personas en proceso de reincorporación • Se tendrá en cuenta l establecido en la Ley 1581 de 2012 artículos 5 y 6, como requisito para el otorgamiento de este criterio de desempate.
	7.Preferir la propuesta presentada por un proponente plural siempre que cumpla las condiciones de los siguientes numerales: 7.1 Mujer cabeza de familia • Personas en proceso de reincorporación o reintegración presentando alguno de los siguientes documentos: • Persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente madres cabeza de familia y/o personas en proceso de reincorporación o reintegración	• Mediante declaración ante notario la cual debe ser expedida dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación de la oferta. • Certificación de desmovilización por la oficina de Alto Comisionado para la Paz. • Certificación emitida por el comité Operativo para la dejación de las armas respecto de las personas desmovilizadas en forma individual. • Certificación emitida por la agencia de Reincorporación y la normalización acreditando que la persona se encuentra en proceso de reincorporación o reintegración. • Copia del documento de identificación de la persona en proceso de reincorporación o reintegración • O cualquier otro certificado que para efecto determine la Ley. • Certificado emitido por el representante legal o revisor fiscal mediante la gravedad de juramento donde acrediten que más del 50% de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está compuesto por madres cabeza de familia o perdonas en proceso de reintegración o reincorporación. Aportando los documentos de cada uno de ellos de acuerdo con lo previsto en este numeral.

	7.2 El proponente plural. **7.3** Ni la madre cabeza de familia o persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural	• Debe aportar mínimo el 25% de la experiencia acreditada en la oferta. • Se acreditará mediante certificado suscrito por la persona natural o el representante legal de la persona jurídica. Debido a los datos sensibles que se entregan como criterio de desempate se deberá emitir autorización de manera previa y expresa del tratamiento de la información de acuerdo a las condiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 articulo 5 y 6.
	8. Preferir la oferta presentada por una Mipyme o cooperativas o asociaciones mutuales. **9**.Preferir la oferta presentada por el proponente plural constituido por micro y/o pequeñas empresas, cooperativas o asociaciones mutuales. **10**. Preferir al oferente persona natural que acredite de acuerdo con sus estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25%) del total de pagos realizados a Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior. El proponente persona natural y contador público o el representante legal de la persona natural y el revisor fiscal para las personas obligadas a tenerlo por ley o la persona jurídica y contador público. Para el proponente plural se preferirá siempre que: **11.**Preferir las empresas reconocidas como sociedad de beneficio e interés colectivo o sociedad BIC, del segmento Mipymes.	• Personas naturales mediante certificación expedida por ellos y un contador público, adjuntando copia del registro mercantil. • Personas jurídicas mediante certificación expedida por el representante legal y el contador o revisor fiscal si están obligados a tenerlo, adjuntando copia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o por la autoridad competente para expedir dicha certificación. • Para la acreditación deberán observarse los rangos de clasificación empresarial establecidos de conformidad con la Ley 590 de 2000 y el Decreto 1074 de 2015, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. ***Parágrafo 1.*** *En todo caso, las Mipyme también podrán acreditar esta condición con la copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación.* ***PARÁGRAFO 2.*** *Para efectos de la limitación a Mipyme, los proponentes aportarán la copia del registro mercantil, del certificado de existencia y representación legal o del Registro Único de Proponentes, según corresponda conforme a las reglas*

		precedentes, con una fecha de máximo sesenta (60) días calendario anteriores a la prevista en el cronograma del Proceso de Contratación para el inicio del plazo para solicitar la convocatoria limitada. ***PARÁGRAFO 3.*** *En las convocatorias limitadas, las Entidades Estatales independientemente de su régimen de contratación, los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales y los particulares que ejecuten recursos públicos, solo deberán aceptar las ofertas de Mipyme o de proponentes plurales integrados únicamente por Mipyme.* ***PARÁGRAFO 4.*** *Los incentivos previstos en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 y 2.2.1.2.4.2.3 de este Decreto no excluyen la aplicación de los criterios diferenciales para los emprendimientos y empresas de mujeres en el sistema de compras públicas.* En el caso especifico en que el empate se presente entre cooperativas o asociaciones mutuales que tengan el tamaño empresarial de grandes empresas junto con micro, pequeñas o medianas, se preferirá la oferta las cooperativas o asociaciones mutuales que cumplan con los criterios de clasificación empresarial definidos por el Decreto 1074 de 2015, que sean micro, pequeñas o medianas. En el evento en que el empate se presente entre proponentes plurales cuyos integrantes estén conformados únicamente por cooperativas y asociaciones mutuales que tengan la calidad de grandes empresas junto con otras en las que los integrantes tengan la calidad de micro, pequeñas o medianas, se preferirá la oferta de aquellos proponentes plurales en los cuales al menos uno de sus integrantes sea una cooperativa o asociación mutual que cumpla con los criterios de clasificación empresarial definidos por el Decreto 1074 de 2015, que sean micro, pequeñas o medianas. • Para las empresas micro y/o pequeñas empresas: se verificará en los términos del artículo

		2.2.1.2.4.2.4 del presente Decreto, en concordancia con el parágrafo del artículo 2.2.1.13.2.4 del Decreto 1074 de 2015. • Cooperativas o Asociaciones se acreditará mediante el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o la autoridad respectiva. • Tratándose de proveedores plurales cuyos integrantes estén conformados únicamente por cooperativas y asociaciones mutuales que tengan la calidad de grandes empresas junto con otras en las que los integrantes tengan la calidad de micro, pequeñas o medianas, se preferirá la oferta de aquellos proponentes plurales en los cuales al menos uno de sus integrantes sea una cooperativa o asociación mutual que cumpla con los criterios de clasificación empresarial definidos por el Decreto 1074 de 2015, que sean micro, pequeña o medianas • Acreditación mediante certificado expedido bajo la gravedad de juramento, en el que conste que por lo menos el veinticinco (25%) del total de los pagos fueron realizados a Mipyme, cooperativas o asociaciones mutuales. • Este conformada por una Mipyme, cooperativa o asociación mutual con una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%)en el proponente plural el cual se acreditará mediante documento de la conformación del proponente plural además de acreditar la condición de Mipyme, cooperativa o asociación mutual en los términos del numeral 8 del presente artículo. • La Mipyme, cooperativa o asociación mutual aporte el mínimo

		el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta • Ni la Mipyme, cooperativa o asociación mutual, ni sus accionistas socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los otros integrantes del proponente plural, lo cual se manifestará mediante certificación suscrito por la persona natural o el representante legal de la persona jurídica. • Si se presenta empate entre proponentes plurales, que cumplan con los incisos anteriores, se preferirá la oferta de aquellos proponentes plurales en los cuales al menos uno de sus integrantes sea una cooperativa o asociación mutual que cumpla con los criterios de clasificación empresarial definidos en el decreto 1074 de 2015, que sean micro, pequeñas o medianas. • Deberá presentar certificado de existencia y representación legal, con el cumplimiento de los requisitos del artículo 2 de la Ley 1901de 2018 o norma que lo modifique o sustituya, así mismo acreditará la condición de Mipyme en los términos del numeral 8 del presente artículo.
Información de aceptación de la oferta	Con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. (Según la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional".)	
Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	Las contenidas en el **Anexo No. 2** de la presente Invitación.	

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

2.1. JURÍDICOS

Los proponentes deberán presentar su oferta en la página Colombia compra eficiente SECOP II

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al **Formulario No. 1** firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, el cual debe haber sido expedido dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación de la oferta.
- ✓ **CUANDO HUBIERE LUGAR A ELLO, AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, JUNTA DE SOCIOS O ASAMBLEA GENERAL, AL REPRESENTANTE LEGAL PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.**
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Certificado del Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Certificado de los antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal. **En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal y certificado de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios.**
  -Persona Jurídica: Anexar certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal por el término establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
  -Persona Natural: Anexar declaración juramentada, en la cual el oferente a nombre propio certifique el pago de los aportes parafiscales e indique que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad
- ✓ Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario (RUT).
- ✓ Compromiso anticorrupción de acuerdo con el **Formulario No. 3**, suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Origen Lícito de Recursos: El proponente mediante documento escrito 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.
- ✓ CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD. (diligenciar el **Formulario No. 6**, adjunto al presente documento).
- ✓ Acuerdo de confidencialidad (diligenciar el **Formulario No. 7**)
- ✓ CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC): La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, consultará y verificará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, si el representante legal de la entidad o la persona natural se encuentra vinculado como infractor de la Ley 1801 de 2016 por concepto del no pago de multas. Para lo cual ingresar al enlace: https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx. Igual requisito deberá cumplir las personas naturales (nacionales o extranjeras), el representante legal de las personas jurídicas nacionales o extranjeras y el representante de los consorcios o uniones temporales.
- ✓ La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 a través del Comité Evaluador, verificará la Consulta de Inhabilidades en Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, según la Ley 1918 de 2018.
- ✓ **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM):** La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 de la Policía Nacional, verificará el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM, si el Representante Legal de la entidad o la persona natural se encuentra incumpliendo las obligaciones alimentarias de acuerdo a lo establecido en la Ley 2097 de 2021. **Este debe encontrarse vigente.**

2.1. Otros requisitos

2.2. TÉCNICOS

2.2.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Los factores de verificación técnicas están descritos en el Anexo técnico del presente estudio previo, los cuales DEBEN cumplir en su totalidad.

2.2.2. EXPERIENCIA PROPONENTE

Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar posibles incumplimientos en la ejecución del contrato que llegue a realizarse, el oferente debe contar con experiencia en contratos iguales o similares al objeto del presente proceso; este requisito será avalado con la presentación de máximo tres (03) certificaciones y/o liquidaciones de contratos celebrados y ejecutados con empresas públicas o privadas; la suma de las certificaciones y/o liquidaciones aportadas deben ser igual o superior al 50% del presupuesto asignado al presente proceso, de igual manera si el oferente presenta una sola certificación. Dichas certificaciones y/o liquidaciones deben tener la siguiente información:

Las certificaciones deben contener la siguiente información:
- Objeto del contrato
- No. Del contrato
- Valor
- Plazo
- Fechas de inicio y finalización del contrato
- Cumplimiento
- Nombre y NIT del contratante y del contratista

Nota: Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

2.2.3. NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO

Se debe garantizar que el 100% del personal profesional y técnico que prestará los servicios en la entidad a contratar, posea la capacitación e idoneidad requerida de acuerdo a las normas vigentes y la experiencia necesaria para la prestación de los servicios y procedimientos que se soliciten; para lo cual el representante legal de la empresa deberá anexar junto a la oferta una certificación de que todo el personal sea profesional e idóneo.

2.2.4. EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Presentar certificación firmada por el representante legal o persona autorizada, donde conste que se realizó la verificación de títulos de su planta de personal de talento humano, y se encuentre inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007. Anexar certificación junto a la oferta.

2.2.5. CAPACIDAD OPERATIVA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.4 solicita una certificación del representante legal o persona autorizada, donde conste que la entidad cumple con:
- Con un Sistema de Gestión de Calidad.
- Que cuenten con equipos biomédicos, profesionales en bacteriología y técnicos en auxiliar de enfermería con énfasis en laboratorio clínico.
- Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los servicios ofertados.
- Garantizar la prestación del servicio en sus propias instalaciones; se aceptarán de manera excepcional subcontrataciones para la prestación de servicio.

2.2.6. OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD: El oferente debe Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden Nacional como Territorial. Presentar certificado expedido por el representante legal (HABILITACIÓN)

2.3. EVALUACIÓN ECONÓMICA

De conformidad con la modalidad de mínima cuantía, conforme a lo establecido en el Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 "POR MEDIO DEL CUAL SE EXPIDE EL DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN NACIONAL", la evaluación económica se realizará teniendo en cuenta el menor precio presentado entre los oferentes o mayor porcentaje de descuento, según la situación.

Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con propuesta económica de mayor porcentaje de descuento hasta el menor porcentaje de descuento.

ECONÓMICOS

- ✓ **Oferta Económica:** La oferta económica deberá ajustarse a lo indicado en el **Anexo No. 4 adjunto**, la cual se evaluará con el menor porcentaje (%) de descuento ofertado.
- ✓ **Certificación de sostenibilidad de precios:** El oferente deberá anexar junto a la oferta, Certificación donde manifieste que mantendrá los precios ofertados durante la ejecución del contrato y adiciones de este. (diligenciar el **Formulario N° 5** adjunto).

2.4. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA CELEBRACIÓN DE CONTRATO (NO OSTENTA CALIDAD DE HABILITANTE)

- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (diligenciar **Formulario N° 2** adjunto)

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Publicación de la Invitación	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Observaciones a la invitación y solicitud para limitar convocatoria a Mipyme Colombianas	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: Un (01) día hábil después de la publicación de la invitación. Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Plazo para responder observaciones, realizar adendas a la invitación y publicación aviso limitación a Mipyme	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: Un (01) día hábil antes a la fecha y hora prevista para la presentación de ofertas Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Entrega de propuestas	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: _____ Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II

Publicación para Observaciones y Presentación de Documentos Habilitantes	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
Notificación de aceptación de oferta.	Lugar: Colombia compra eficiente SECOP II Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II Hora: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II

NOTA 1: La validez de la oferta será de ciento veinte (120) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

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.

NOTA 3: Se informa a los oferentes que en caso de presentarse una falla con la plataforma SECOP II, la entidad establece como medio de notificación el correo electrónico deval.rases-con@policia.gov.co; dicho mecanismo de comunicación solo será atendido previo cumplimiento y en atención a las disposiciones emitidas por Colombia Compra Eficiente en el "Protocolo de Indisponibilidad del SECOPII".

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO.

La supervisión del contrato estará a cargo del Jefe Establecimiento Primario de Salud Santander de Quilichao a quien con posterioridad designe el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, el cual será nombrado al momento de dar inicio al contrato, el verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a las funciones asignadas para el efecto, en la resolución No. 03049 del 30 de julio de 2014 y 00090 del 15 de febrero del 2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014*", emanada por el Director General de la Policía Nacional.

"DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES 80/1993, 134/1994, 850/2003 Y DECRETO 1082 DE 2015, SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL".

Atentamente,

LA POLICÍA NACIONAL

Teniente Coronel **JAIME ANDRES ESPEJO NAVARRO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4

Proyectado por: VIVIAN ALEXA HERRERA CARDONA
Analista de Contratos Rases No 4

Revisado por: IT. DANIELA JARAMILLO TABORDA
Jefe (E) Grupo Contratos Rases No 4

Revisado por: MY. GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ
Jefe Área Logística y Financiero Rses No 4

Revisado por: ST. ANGELA PATRICIA MORA MONCAYO
Asuntos Jurídicos RASES No. 4

ANEXO No. 1
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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 ofrecimiento o no ofrecimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de **ofrece** y **no ofrece**.

PROPONENTE _____

Declaro bajo mi responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de la persona jurídica que represento, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

El oferente deberá cumplir estrictamente con las especificaciones solicitadas Marcando con una equis (X) en la casilla de **CUMPLE - NO CUMPLE**, atendiendo los factores descritos a continuación:

DESCRIPCIÓN EXÁMENES DE LABORATORIO

ITEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCION	OFRECE	NO OFRECE
1	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]		
2	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO		
3	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
4	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
5	901008	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD		
6	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]		
7	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA		
8	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA		
9	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
10	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA		
11	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
12	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA		
13	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS		
14	901202	Bordetella pertussis CULTIVO		
15	901203	Brucella CULTIVO		
16	901205	Clostridium difficile CULTIVO		
17	901206	COPROCULTIVO		
18	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO		
19	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO		
20	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)		
21	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA		
22	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA		
23	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA		
24	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		
25	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA		
26	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES		
27	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA		
28	901220	Helicobacter pylori CULTIVO		
29	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
30	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA		
31	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO		
32	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO		
33	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO		
34	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)		
35	901238	Yersinia enterocolitica CULTIVO		

36	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA		
37	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)		
38	901309	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
39	901310	Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA		
40	901311	Leptospira SEROTIPIFICACION		
41	901315	Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO		
42	901321	Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)		
43	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO		
44	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA		
45	902002	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]		
46	902003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA		
47	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LUPICO		
48	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA		
49	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL		
50	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		
51	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		
52	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]		
53	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]		
54	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]		
55	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]		
56	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION		
57	902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND		
58	902020	FACTOR X [STUART PROWER]		
59	902021	FACTOR XI [PTA]		
60	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]		
61	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]		
62	902024	FIBRINOGENO		
63	905107	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION		
64	905106	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]		
65	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]		
66	902029	PLASMINOGENO		
67	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO		
68	902032	PROPERDINA FACTOR B		
69	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD		
70	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO		
71	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD		
72	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL		
73	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE		
74	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)		
75	902041	RETRACCION DE COAGULO		
76	902043	TIEMPO DE COAGULACION		
77	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)		
78	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]		
79	902048	TIEMPO DE TROMBINA		
80	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		
81	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR		
82	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II		
83	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX		
84	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V		
85	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII		
86	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII		
87	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X		
88	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI		
89	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII		
90	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2		
91	902067	UNION DE VON WILLEBRAND A COLAGENO: (VWF:CB)		
92	902068	UNION DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)		
93	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)		
94	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE		
95	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND		

96	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE		
97	902074	ANTIGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS		
98	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS		
99	902076	MEDICION DE ANTIAGREGACION PLAQUETARIA (ESPECIFICO)		
100	902101	CELULAS L.E.		
101	902102	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA		
102	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO		
103	902105	DIMERO D MANUAL		
104	902106	ERITROPOYETINA		
105	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA		
106	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA		
107	902110	HEMOGLOBINA A 2		
108	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA		
109	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA		
110	902113	HEMOGLOBINA PLASMATICA		
111	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL		
112	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]		
113	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA		
114	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]		
115	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL		
116	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA		
117	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO		
118	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		
119	902211	HEMATOCRITO		
120	902213	HEMOGLOBINA		
121	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA		
122	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA		
123	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]		
124	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA		
125	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL		
126	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		
127	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL		
128	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL		
129	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO		
130	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA		
131	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO		
132	903003	BICARBONATO		
133	903004	CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
134	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
135	903006	CAROTENOS		
136	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H		
137	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA		
138	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H		
139	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA		
140	903011	DEOXIPIRIDINOLINA		
141	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO		
142	903016	FERRITINA		
143	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA		
144	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA		
145	903022	HOMOCISTEINA		
146	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA		
147	903024	LACTOGENO PLACENTARIO		
148	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS		

149	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		
150	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS		
151	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA		
152	903030	MIOGLOBINA CARDIACA		
153	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO		
154	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA		
155	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO		
156	903035	OSTEOCALCINA		
157	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE		
158	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA		
159	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE		
160	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]		
161	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory		
162	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA		
163	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA		
164	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA		
165	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL		
166	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS		
167	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS		
168	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO		
169	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS		
170	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS		
171	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO		
172	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO		
173	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]		
174	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS		
175	903201	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4		
176	903202	FENILALANINA CUALITATIVA		
177	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA		
178	903303	ALMIDONES		
179	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]		
180	903402	ALDOLASA		
181	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO		
182	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA		
183	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE		
184	903409	APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA		
185	903410	APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA		
186	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA		
187	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA		
188	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA		
189	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA		
190	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]		
191	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS		
192	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA		
193	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION		
194	903425	FRUCTOSAMINA		
195	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		
196	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA		
197	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA		
198	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA		
199	903431	LIPOPROTEINA A		
200	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA		
201	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA		
202	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS		
203	903436	TROPONINA I CUALITATIVA		
204	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA		
205	903438	TROPONINA T CUALITATIVA		
206	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA		
207	903503	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)		
208	903504	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS		

		FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)		
209	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS		
210	903602	AMONIO		
211	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		
212	903604	CALCIO IONICO		
213	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]		
214	903606	ELECTROLITOS EN SUDOR (IONTOFORESIS)		
215	903607	IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA		
216	903608	ZINC		
217	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS		
218	903701	VITAMINA A [RETINOL]		
219	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]		
220	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]		
221	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]		
222	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]		
223	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]		
224	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]		
225	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]		
226	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]		
227	903711	VITAMINA K		
228	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
229	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS		
230	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
231	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS		
232	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
233	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS		
234	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
235	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO		
236	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS		
237	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO		
238	903813	CLORO		
239	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS		
240	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		
241	903818	COLESTEROL TOTAL		
242	903819	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA		
243	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]		
244	903822	CREATINA		
245	903823	CREATININA DEPURACION		
246	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		
247	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA		
248	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE		
249	903828	DESHIDROGENASA LACTICA		
250	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS		
251	903830	FOSFATASA ACIDA		
252	903832	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA		
253	903833	FOSFATASA ALCALINA		
254	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO		
255	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
256	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS		
257	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO		
258	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA		
259	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		
260	903840	GLUCOSA EN ORINA		
261	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
262	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA		
263	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
264	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA		
265	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN		
266	903846	HIERRO TOTAL		
267	903847	LIPASA		
268	903848	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)		

269	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)		
270	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)		
271	903851	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)		
272	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)		
273	903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)		
274	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
275	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS		
276	903856	NITROGENO UREICO		
277	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS		
278	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
279	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS		
280	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]		
281	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		
282	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS		
283	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
284	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		
285	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		
286	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]		
287	903868	TRIGLICERIDOS		
288	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS		
289	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL		
290	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL		
291	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL		
292	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL		
293	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL		
294	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL		
295	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL		
296	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL		
297	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL		
298	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL		
299	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS		
300	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)		
301	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)		
302	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)		
303	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)		
304	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)		
305	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)		
306	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)		
307	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
308	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
309	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)		
310	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
311	904001	ANGIOTENSINA II		
312	904004	RENINA TOTAL		
313	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]		

314	904102	HORMONA ANTIDIURETICA		
315	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA		
316	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]		
317	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE		
318	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA		
319	904107	HORMONA LUTEINIZANTE		
320	904108	PROLACTINA		
321	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)		
322	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA		
323	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA		
324	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION		
325	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO CLONIDINA CADA MUESTRA		
326	904206	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCAGON CADA MUESTRA		
327	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA		
328	904208	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO INSULINA CADA MUESTRA		
329	904210	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA		
330	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS		
331	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA		
332	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA		
333	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA		
334	904501	ANDROSTENEDIONA		
335	904503	ESTRADIOL		
336	904504	ESTRIOL		
337	904505	ESTRIOL LIBRE		
338	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
339	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		
340	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA		
341	904510	PROGESTERONA		
342	904601	TESTOSTERONA LIBRE		
343	904602	TESTOSTERONA TOTAL		
344	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA		
345	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)		
346	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)		
347	904705	INSULINA LIBRE		
348	904706	PEPTIDO C		
349	904707	PROINSULINA		
350	904708	SOMATOSTATINA		
351	904710	PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C		
352	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)		
353	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)		
354	904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)		
355	904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)		
356	904715	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)		
357	904716	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
358	904717	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
359	904718	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)		
360	904801	ALDOSTERONA		
361	904802	ALDOSTERONA EN ORINA		
362	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA		
363	904804	CETOESTEROIDES 17		
364	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS		

365	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)		
366	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS		
367	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA		
368	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA		
369	904810	DEOXICORTISOL 11		
370	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17		
371	904812	CORTISOL AM		
372	904813	CORTISOL PM		
373	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		
374	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES		
375	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		
376	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE		
377	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL		
378	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA		
379	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA		
380	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL		
381	904920	TIROGLOBULINA		
382	904921	TIROXINA LIBRE		
383	904922	TIROXINA TOTAL		
384	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE		
385	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL		
386	905001	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
387	905002	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
388	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
389	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
390	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
391	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		
392	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO		
393	905203	BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
394	905204	BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
395	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA		
396	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA		
397	905210	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA		
398	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA		
399	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO		
400	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO		
401	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO		
402	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO		
403	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
404	905307	CLORPROMAZINA		
405	905308	FENCICLIDINA		
406	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
407	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
408	905312	LITIO AUTOMATIZADO		
409	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO		
410	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA		
411	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO		
412	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO		
413	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
414	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO		
415	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO		
416	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO		
417	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO		
418	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO		
419	905706	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO		
420	905707	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL		
421	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO		
422	905710	ATROPINICOS AUTOMATIZADO		

423	905711	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO		
424	905714	CAFEINA AUTOMATIZADO		
425	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO		
426	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
427	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO		
428	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		
429	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO		
430	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO		
431	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO		
432	905725	COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		
433	905726	COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO		
434	905727	DROGAS DE ABUSO		
435	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO		
436	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO		
437	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO		
438	905739	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
439	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO		
440	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL		
441	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
442	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO		
443	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO		
444	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO		
445	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO		
446	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL		
447	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		
448	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		
449	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
450	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
451	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
452	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO		
453	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
454	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
455	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
456	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
457	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
458	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
459	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
460	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
461	906025	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
462	906026	Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
463	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
464	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
465	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
466	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
467	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
468	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
469	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
470	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
471	906102	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL		
472	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
473	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
474	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
475	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

476	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
477	906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
478	906110	Echinococcus ANTICUERPOS		
479	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL		
480	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
481	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
482	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
483	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
484	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
485	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
486	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
487	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
488	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
489	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
490	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
491	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
492	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
493	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G		
494	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M		
495	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES		
496	906211	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
497	906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
498	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
499	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
500	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
501	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
502	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
503	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
504	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
505	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
506	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
507	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
508	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
509	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
510	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
511	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
512	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
513	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
514	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
515	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
516	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
517	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G		
518	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M		
519	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G		
520	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M		
521	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
522	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		
523	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
524	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		
525	906245	Sarampion ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
526	906246	Sarampion ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
527	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
528	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

529	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS		
530	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA		
531	906256	Helicobacter pylori ANTIGENO		
532	906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL		
533	906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL		
534	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
535	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
536	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
537	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
538	906270	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G		
539	906271	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M		
540	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
541	906306	Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
542	906307	Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
543	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]		
544	906318	Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
545	906320	Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
546	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO		
547	906327	Rotavirus ANTIGENOS MANUAL		
548	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO		
549	906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO		
550	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO		
551	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
552	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
553	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
554	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
555	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
556	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
557	906415	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO		
558	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO		
559	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
560	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL		
561	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
562	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
563	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
564	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
565	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
566	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
567	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
568	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL		
569	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
570	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL		
571	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO		
572	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL		
573	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO		
574	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
575	906446	PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
576	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO		
577	906450	PROTEINA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
578	906451	QUERATINA ANTICUERPOS		
579	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
580	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
581	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

582	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO		
583	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL		
584	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO		
585	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS		
586	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
587	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL		
588	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
589	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
590	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
591	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA		
592	906512	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A		
593	906513	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION		
594	906514	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ		
595	906517	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27		
596	906518	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C		
597	906519	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP		
598	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
599	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
600	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
601	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
602	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
603	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
604	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
605	906614	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO		
606	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
607	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
608	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
609	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
610	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
611	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
612	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
613	906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
614	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
615	906703	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA		
616	906704	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
617	906705	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA		
618	906706	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
619	906707	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA		
620	906708	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
621	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA		
622	906710	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
623	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
624	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
625	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
626	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
627	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA		

628	906716	LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
629	906717	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
630	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
631	906719	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
632	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
633	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA		
634	906722	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
635	906723	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA		
636	906724	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
637	906725	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
638	906726	LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
639	906727	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
640	906728	LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
641	906729	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
642	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
643	906731	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
644	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
645	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
646	906734	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
647	906735	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
648	906736	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
649	906737	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
650	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
651	906739	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
652	906740	LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
653	906741	LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA		
654	906742	LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
655	906743	LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUIMICA		
656	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
657	906745	LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
658	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
659	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
660	906748	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
661	906749	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
662	906750	PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
663	906751	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
664	906752	PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
665	906753	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
666	906801	BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
667	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA		
668	906803	CELULAS ROJAS GLICOFORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
669	906805	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
670	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
671	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO		
672	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO		
673	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
674	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
675	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
676	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO		
677	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
678	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
679	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
680	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA		
681	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO		
682	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO		
683	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

684	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO		
685	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
686	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
687	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO		
688	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO		
689	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
690	906848	INTERFERON GAMMA [GAMMAINTERFERON]		
691	906901	AGLUTININAS AL FRIO		
692	906902	AGLUTININAS AL CALOR		
693	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
694	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
695	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO		
696	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO		
697	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
698	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL		
699	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
700	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		
701	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
702	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL		
703	906917	CRIOGLOBULINAS		
704	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES		
705	907002	COPROLOGICO		
706	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION		
707	907004	COPROSCOPICO		
708	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)		
709	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]		
710	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]		
711	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		
712	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)		
713	907010	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO		
714	907011	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO		
715	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS		
716	907013	COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS		
717	907014	COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS		
718	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA		
719	907102	HEMOGLOBINURIA		
720	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL		
721	907104	RECUENTO DE ADDIS		
722	907105	RECUENTO HAMBURGUER		
723	907106	UROANALISIS		
724	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL		
725	907201	ESPERMOGRAMA BASICO		
726	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS		
727	907203	LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)		
728	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD		
729	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD		
730	908308	ACIDO OROTICO		
731	908309	AMINOACIDOS CUALITATIVOS		
732	908315	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA		
733	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA		
734	908317	TIROSINASA TEST CON RAIZ DE CABELLO		
735	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS		
736	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD		
737	908321	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD		
738	908322	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD		
739	908323	GLUCOGENO CURVA DE ESTIMULACION CON GLUCAGON (DETERMINACION DE GLUCOSA Y ACIDO LACTICO)		

740	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD		
741	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS		
742	908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO		
743	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD		
744	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD		
745	908333	OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS		
746	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G		
747	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q		
748	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C		
749	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT		
750	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL		
751	908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA		
752	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS		
753	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL		
754	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL		
755	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL		
756	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL		
757	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL		
758	908812	Adenovirus CARGA VIRAL		
759	908814	Citomegalovirus IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
760	908820	Toxoplasma gondii IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
761	908823	Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
762	908824	Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
763	908825	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA		
764	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL		
765	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA		
766	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO		
767	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA		
768	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)		
769	906272	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS IG G		
770	906273	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS IG M		
771	908424	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES		
772	906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTMATIZADO O AUTOMATIZADO		
773	905705	PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		
774	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA.		
775	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA.		
776	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO.		
777	906852	INTERLEUQUINA		
778	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF).		
779	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)		
780	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)		
781	908418	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (ESPECIFICOS) CTC: SI		
782	600203	AGREGACION PLAQUETARIA CON CURVA		
783	908427	**F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A		
784	908436	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PRUEBAS DE ADN CTC: NO		
785	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)		
786	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)		
787	908857	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES		
788	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES: AC. FIJADORES		
789	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES: AC. MODULADORES		
790	906498	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECIFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
791	903441	ACETILCOLINESTERASA EN LIQUIDO AMNIOTICO		

792	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO		
793	905762	ACIDO HIPURICO (TOLUENO) EN ORINA		
794	908347	ACIDO LACTICO CURVA POST GLUCOSA		
795	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)		
796	908341	ACIDO SIALICO CUANTITATIVO EN ORINA		
797	903114	ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS		
798	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES		
799	908356	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA: SCREENING		
800	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS		
801	908886	ADENOVIRUS DNA DETECTOR		
802	906301	Adenovirus ANTIGENO		
803	904709	ADIPONECTINA		
804	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
805	908336	ALFA - N-ACETIL NEURAMINIDASA EN LEUCOCITOS		
806	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL		
807	908334	ALFA GALACTOSIDASA EN LEUCOCITOS (ENF. DE FABRY)		
808	908335	ALFA GLUCOSIDASA EN LEUCOCITOS (MALTASA ACIDA/ENF. DE POMPE)		
809	903424	ALFA HIDROXIBUTIRICO DESHIDROGENASA (HBDH)		
810	908412	ALFA-1 ANTITRIPSINA - GENOTIPO (PCR)		
811	908325	ALFA-IDURONIDASA EN LEUCOCITOS		
812	905759	ALUCINOGENO LSD (DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO), ORINA		
813	903610	ALUMINIO EN ORINA AL AZAR		
814	903611	ALUMINIO EN SUERO		
815	906113	AMEBA HISTOLITICA: ANTICUERPOS IGG (AMEBIASIS)		
816	906315	AMEBA HISTOLITICA: ANTIGENO		
817	903442	AMILASA ISOENZIMA		
818	908338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS		
819	905302	ANFETAMINAS: CUALITATIVAS		
820	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)		
821	906447	ANTICUERPOS ANTI PM SCL (PM-1)		
822	898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN		
823	898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA [ACAF] DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO		
824	898017	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA POR TINCIÓN DE HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)		
825	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA		
826	898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO		
827	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES		
828	898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)		
829	898808	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR TINCIÓN HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)		
830	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA		
831	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
832	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA		
833	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN		
834	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO		
835	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS		
836	903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL		
837	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA		
838	903420	COLINESTERASA SERICA		
839	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)		
840	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO		
841	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA		
842	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]		
843	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO		
844	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
845	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
846	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL		
847	906321	Influenza ANTÍGENO		

848	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
849	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
850	906438	MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
851	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
852	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO(DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES) SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
853	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA		
854	908354	TRIPSINÓGENO INMUNOREACTIVO		
855	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD		
856	908448	CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECIFICO)		
857	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		
858	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA		
859	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA		
860	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA(HEMOCLASIFICACION GLOBULAR) POR MICROTECNICA		
861	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA(HEMOCLASIFICACION SERICA) POR MICROTECNICA		
862	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA		
863	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]		
864	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO		
865	902120	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR		
866	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA		
867	906111	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS		
868	906613	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR AUTOMATIZADO		
869	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
870	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
871	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
872	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES		
873	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
874	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
875	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS		
876	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
877	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA		

ITEM	OPORTUNIDAD DEL SERVICIO/ENTREGA DE RESULTADOS		CUMPLE	
			SI	NO
1	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE NIVEL I	1 a 2 días		
2	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE NIVEL II	1 a 3 días		
3	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE NIVEL III	2 a 8 días		
4	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE NIVEL IV	1 a 20 días		

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

ITEM	OTRAS CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	
		SI	NO
1	**EXPERIENCIA PROPONENTE** Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar posibles incumplimientos en la ejecución del contrato que llegue a realizarse, el oferente debe contar con experiencia en contratos iguales o similares al objeto del presente proceso; este requisito será avalado con la presentación de máximo tres (03) certificaciones y/o liquidaciones de contratos celebrados y ejecutados con empresas públicas o privadas; la suma de las certificaciones y/o liquidaciones aportadas deben ser igual o superior al 50% del presupuesto asignado al presente proceso, de igual manera si el oferente presenta una sola certificación. Dichas certificaciones y/o liquidaciones deben tener la siguiente información: Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor		

	• Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento • Nombre y NIT del contratante y del contratista **Nota**: Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.		
2	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** Se debe garantizar que el 100% del personal profesional y técnico que prestará los servicios en la entidad a contratar, posea la capacitación e idoneidad requerida de acuerdo a las normas vigentes y la experiencia necesaria para la prestación de los servicios y procedimientos que se soliciten; para lo cual el representante legal de la empresa deberá anexar junto a la oferta una certificación de que todo el personal sea profesional e idóneo.		
3	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** Presentar certificación firmada por el representante legal o persona autorizada, donde conste que se realizó la verificación de títulos de su planta de personal de talento humano, y se encuentre inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007. Anexar certificación junto a la oferta.		
4	Los exámenes a realizar de laboratorio clínico deben ser únicamente los estipulados dentro del PLAN DE BENEFICIOS establecidos en el Acuerdo 093 del 8 de octubre de 2025 "POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL" y dentro del contrato.		
5	**ATENCIÓN AL USUARIO.** El oferente debe contar con una oficina y línea de atención al usuario con capacidad resolutiva, efectiva y eficiente para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, donde puedan tramitar sus inconformidades e inconsistencias en la prestación del servicio, dado el caso. ***(Anexar certificado con datos de contacto).*** ***El servicio se debe prestar previa presentación de la AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD, emanada por el Grupo de referencia y contrareferencia de la UPRES Cauca y la orden médica original; aunado a lo anterior, debe PRESENTAR A LA VISTA (no exigir copia) de los documentos que identifican el tipo de usuario, así:*** Activos: cédula de ciudadanía Alumnos Escuelas de Formación y Auxiliares de Policía: Documento de identidad Retirados: Cédula de ciudadanía Pensionados: Cédula de ciudadanía. Beneficiarios: Documento de identificación del beneficiario (Cédula Ciudadanía, Tarjeta de identidad o Registro Civil). *Lo anterior teniendo en cuenta el Decreto 2106 del 22 de noviembre de 2019 "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública" define:* **(...) "ARTÍCULO 19. DESMATERIALIZACIÓN DE CERTIFICADOS, CONSTANCIAS, PAZ Y SALVOS O CARNÉS.** Las autoridades que en ejercicio de sus funciones emitan certificados, constancias, paz y salvos o carnés, respecto de cualquier situación de hecho o de derecho de un particular, deberán organizar dicha información como un registro público y habilitar su consulta gratuita en medios digitales" (...) **(...) ARTÍCULO 99. PROHIBICIÓN DE LA EXIGENCIA DE CARNÉ O CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud no exigirán al afiliado carné o certificado de afiliación a la Entidad Promotora de Salud, para la prestación de los servicios que esta debe garantizar. La consulta de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará por parte de la entidad pública o privada que requiera conocer esta información, consultando en línea en los registros en la base de datos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto." (...); No obstante, el prestador de salud puede verificar la identidad del usuario a través del documento de identificación, el cual es un documento oficial que establece la identidad y la nacionalidad del titular.		

	Una vez la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca expida la autorización, el beneficiario debe dirigirse a las instalaciones del contratista donde se prestará el servicio. En caso de presentarse alguna inconsistencia con la autorización, el contratista se comunicará con el Grupo de Redes de Servicios Integrales de la UPRES Cauca para solucionar el inconveniente. 1 La prestación del servicio deberá ser de ocho (08) horas diurnas, de lunes a viernes (sábado opcional), en forma permanente. **ANEXAR CERTIFICACION.** 2 El Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad, es quien autoriza los procedimientos fuera del Plan de beneficios. Durante la ejecución del contrato, se desarrollarán comités de atención entre el personal de salud del prestador y el grupo interdisciplinario de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca con el fin de evaluar los planes de manejo del paciente, así como los aciertos o dificultades que se hayan presentado durante la prestación de los servicios.		
6	**COORDINACIÓN DEL CONTRATO:** El proponente deberá designar un empleado con poder de decisión para la canalización y solución de todos aquellos aspectos relacionados con la atención a los usuarios durante la ejecución del contrato, cruce de cartera, requerimientos de tipo administrativo de contratación y quien estará en permanente comunicación vía telefónica y/o personal con el supervisor del contrato. **Deberá anexar certificación** donde incluya datos completos de la persona idónea (que incluya como mínimo los siguientes datos: celular, correo electrónico, nombres completos, identificación) quien tendrá conocimiento real de la ejecución del presupuesto, atención a los usuarios, solución inmediata de requerimientos- presentación adecuada de la facturación y en los tiempos estipulados, además de tener disposición para acercarse a la Unidad Prestadora de salud Tipo B Cauca para solucionar inconvenientes con órdenes de apoyo- registro y validación de derechos en Salud y todos los demás referentes al contrato.		
7	El oferente se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la orden de servicio externo debidamente diligenciada por el Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca con firma autorizada de referencia de la unidad.		
8	Entregar los resultados en un término de cinco (5) a diez (10) días calendario.		
9	Cuando exista una situación que impida el desplazamiento del usuario al laboratorio, el laboratorio contratado deberá enviar a su personal a la toma o recogida de la muestra.		
10	El contratista deberá conocer el plan de beneficios de la policía nacional acuerdo 093 del 8 de octubre de 2025 "POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL", en el cual se define los CUPS a que tienen derecho los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. En caso de requerirse un segundo concepto por resultados de laboratorio inconsistentes, bajo criterio médico, se deberá practicar un segundo concepto en otro laboratorio Clínico, escogido por la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, cuyos costos deberán ser asumidos por el Laboratorio contratista.		
11	Proporcionar a la institución reporte estadístico, indicadores de calidad, reporte de eventos adversos (así sea negativo), reporte epidemiológico mensual y exámenes que diagnostiquen enfermedades de notificación obligatoria.		
12	El proponente certificará que da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes en materia ambiental, en lo que respecta al manejo de residuos peligrosos.		
13	**Talento Humano**: Garantizar que el 100 % del personal profesional y técnico que prestará los servicios a contratar posea la capacitación, idoneidad, trato humanizado a los usuarios y/o funcionarios de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca que acudan a esa Entidad y la certificación debidamente habilitada por las normas vigentes, la experiencia necesaria para los servicios y procedimientos que se soliciten.		
14	El laboratorio de referencia deberá contar con el personal capacitado para trabajar en las áreas de microbiología clínica. **ANEXAR CERTIFICACION.**		
15	**Equipos**: Los equipos con los cuales se realicen los procedimientos o exámenes especializados deberán ser acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios. **ANEXAR CERTIFICACION.**		
16	**SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD:** El oferente debe Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden Nacional como Territorial. Presentar certificado expedido por el representante legal (HABILITACIÓN)"		
17	Facilitar el acceso del comité evaluador para visita técnica donde se verificará los requisitos exigidos en la invitación, manuales de calidad que incluya los indicadores de calidad, las curvas del control interno y externo del año inmediatamente anterior y reporte de eventos adversos.		
18	El oferente deberá anexar el documento que certifique que cuenta con las instalaciones adecuadas contempladas en la normatividad vigente (Resolución 1732/ 05-08-2026) según lo establecido por parte		

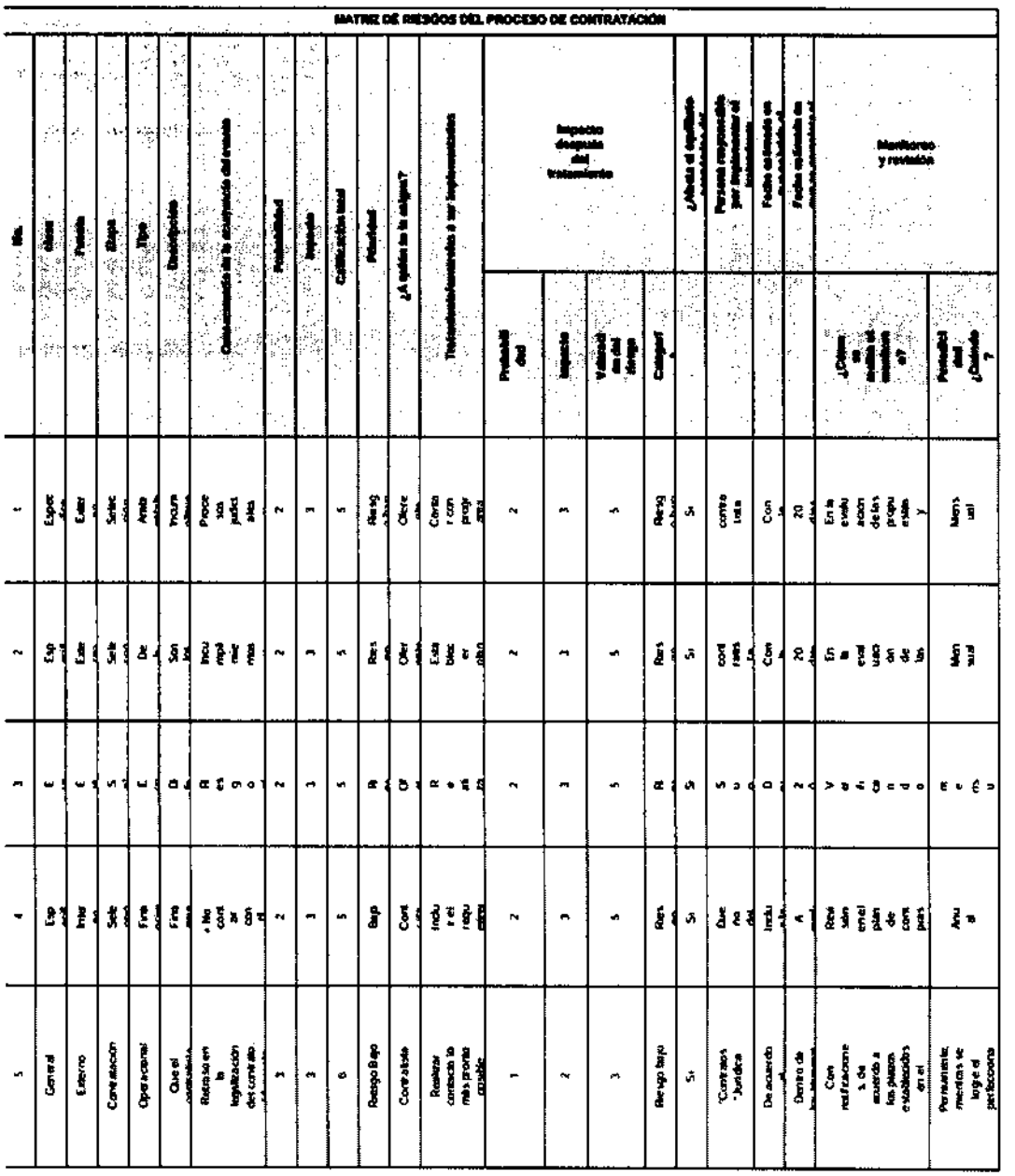
	del Ministerio de la Protección Social y la Secretaría Departamental de Salud y/o municipal. ANEXAR CERTIFICACION REPS Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.		
19	**Información:** La entidad debe contar con un Software de laboratorio para el manejo de la información, que contenga como mínimo nombre del paciente, identificación, exámenes requeridos, nombre médico que remite, fecha de la toma, resultados, y enviar esta información mensualmente al área de sanidad, con el fin de ser valorado y analizada por el líder de referencia y contra referencia y por el auditor médico.		
20	**Red Alterna:** La entidad contratada deberá contar con una red de servicios que le permita garantizar el cumplimiento del contrato ante cualquier eventualidad en su red propia. **ANEXAR CERTIFICACION.**		
21	El oferente deberá suministrar los recipientes (orina, materia fecal, esputo) para la toma de pruebas especiales sin costo adicional al contratante y al usuario cuando la prueba lo amerite.		
22	Garantizar la calidad de los servicios prestados, con plena autonomía científica, técnica y administrativa que garantice un servicio de óptima calidad tanto en su parte técnica como humana, tratando a nuestros usuarios con consideración y respeto sin equivocaciones		
23	Entregar los reportes en menos de dos horas si se requieren exámenes de urgencias vitales y no se reconocerá por parte de Sanidad ningún costo adicional.		
24	Ofrecer el servicio de mensajeros autorizados para cubrimiento oportuno de la recolección de muestras y neveras de frio, así como sticker de identificación de muestras, el tiempo de respuesta presencial del mensajero al llamado es de máximo una hora en caso de muestras de urgencias y muestras de rutina.		
25	Dar reporte estadístico mensual de pacientes, servicios, costo de los mismos, fecha, impreso y en medio magnético a la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca ubicada en la ciudad de Popayán. Enviar de manera semanal al supervisor del contrato mediante informe ejecutivo firmado por el representante legal de la entidad la relación de pacientes atendidos y el valor ejecutado.		
26	La atención y procedimientos se desarrollarán siguiendo los más estrictos parámetros de calidad y bajo la supervisión de la auditoria de garantía y calidad de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, realizando la auditoria concurrente para tal finalidad, presentar informe al supervisor del contrato cuando este lo requiera.		
27	Presentar Certificado de declaratoria de requisitos esenciales de la Secretaría de Salud.		
28	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, en las instalaciones del contratista de acuerdo a los términos de referencia y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales harán parte integral del contrato.		
29	La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. Es así que deberá regirse a lo estipulado por la oficina de central de cuentas		
30	Presentar junto con las facturas, información estadística mensual en archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: Número de contrato, Número de consecutivo, Nombre y apellido, Número de identificación, edad del usuario, fecha del servicio, procedimiento, código ISS del procedimiento, fecha, número y valor de la factura.		
31	Informar al supervisor del contrato el estado de ejecución del contrato si se encuentre en un (50%, 70%, 90% y100%) por ciento. En ningún caso el contratista podrá superar el 100% del valor contratado. El contratista al verse involucrado en una ejecución de contrato será este quien asuma los valores de los servicios prestados, ya que es responsabilidad de la entidad llevar adecuadamente la ejecución del contrato.		
32	Aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, y/o supervisor del contrato en lo referente a requerimientos de habilitación, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado a nuestros usuarios, en concordancia con su homólogo en la Institución prestadora y en cumplimiento al sistema de Garantía de Calidad.		
33	Sostener los precios ofertados durante toda la vigencia del contrato incluyendo adiciones (la misma tarifa y descuento del contrato se sostendrá para la adición).		
34	Presentar la facturación correspondiente a los bimestres causado dentro de los primeros cinco (05) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca. Así mismo deberá de cargar toda la facturación a Olimpia y responsabilizarse en solucionar inconvenientes en esta plataforma, de manera oportuna y diligente.		
35	Rechazar 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 Policía Nacional o a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.		
36	Se obliga a comunicar por escrito al Contratante, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente Contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.		
37	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.		
38	**CRITERIOS AMBIENTALES**		

	Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales (aceites usados, luminarias, RAEES, envases de sustancias químicas y de derivados de hidrocarburo, baterías y pilas, llantas, escombros entre otros relacionados con el **Título 6 Residuos Peligrosos del Decreto 1076 de 2015** expedido por el Gobierno Nacional, o norma que lo modifique, adiciones o sustituya, que se pudiera generar como resultados de la prestación de sus servicios (Presentar al supervisor del contrato, el certificado de disposición final a través de un gestor ambiental debidamente acreditado por la autoridad ambiental competente para la prestación de estos servicios)		
39	Con el objeto de evitar escapes de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general, el contratista deberá decepcionar, almacenar y efectuar la disposición final de destrucción, de acuerdo a la normativa ambiental vigente de los elementos eléctricos y electrónicos y sus accesorios que, con ocasión a los mantenimientos correctivos, hayan sido retirados y/o reemplazados después de cumplir un ciclo de vida útil. Por lo anterior, el proponente y posterior contratista deberá hacer entrega a la Policía nacional de la certificación acompañada del acopio documental soporte, que evidencie la destrucción de estos elementos, actividad que deberá ser realizada por una empresa certificada por la autoridad ambiental competente y dar cumplimiento a la **Ley 1672 del 19 de Julio del 2013** "*Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEES), y se dictan otras disposiciones*", o aquella norma que la modifique, adiciones o sustituya.		
40	Deberá impartir, instrucciones, socializaciones y/o capacitaciones al personal bajo su cargo en temas ambientales, relacionados con sus aspectos e impactos ambientales estableciendo y presentando cronograma en temas tales como: Gestión integral de residuos sólidos y líquidos, con medidas que permitan disminuir la cantidad de residuos generados. Uso de elementos de protección personal Manejo de sustancias químicas Ahorro y uso eficiente de recursos (agua y energía) Normativa ambiental Saneamiento básico Gestión del riesgo que garantice el buen manejo de los riesgos asociados a su actividad productiva.		
41	Presentar al supervisor del contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados, así como los reportes de socialización, capacitación o entrenamiento de acuerdo al cronograma presentado al inicio de la ejecución del contrato.		
42	Presentar el Plan de Manejo Ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales generados en sus actividades productivas, todos los programas documentados en mencionado Plan, deben contener el alcance, objetivos, responsables, descripción de actividades, cronograma e indicadores que serán del control de la empresa contratista.		
43	Garantizar la presentación y disponibilidad de las hojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección, de igual forma las especificaciones técnicas de cada producto y deberá dar amplia instrucción al personal bajo su cargo en el uso adecuado de los mismos y a la atención de los riesgos asociados a derrames de estos, conservando los registros de socialización o capacitación. Por otro lado, los recipientes que los contenga deberá tener su respectivo rotulo de identificación, indicando el grado de peligrosidad y compatibilidad para su almacenamiento. Presentar certificado o constancia de inscripción en el Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos (RESPEL), expedido o validado por la autoridad ambiental competente, cuando por la naturaleza de la actividad desarrollada el oferente se encuentre obligado a dicho registro, de conformidad con el Decreto 4741 de 2005, la Resolución 1362 de 2007 y demás normas que las modifiquen, sustituyan o complementen.		
44	Informar si la empresa, consorcio o unión temporal presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo (http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext). por lo cual, el oferente deberá anexar carta firmada por el representante legal de la misma, donde manifieste que la empresa no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana.		

Firma Representante Legal _____

C.C. N° _____

ANEXO No. 2
TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.



MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Causas/razones de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento: Probabilidad del riesgo	Impacto	Valoración del riesgo	Categoría	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada de implementación	Fecha culminación de implementación	Monitoreo y revisión: ¿Cómo se realizará el seguimiento?	Periodicidad del seguimiento?
1	Específico	Externo	Contratación	Operacional	Que el contratista	Retraso en la legalización del contrato	2	3	5	Riesgo Alto	Compartido	Contar con programa	2	3	5	Riesgo Alto	Si	contratista	Con la	20 días	En la evaluación de las propuestas	Mensual
2	Específico	Externo	Contratación	Operacional	Que el	Son las	2	3	5	Riesgo	Compartido	Establecer	2	3	5	Riesgo	Si	contratista	Con la	20 días	En la evaluación de las	Mensual
3	Específico	Externo	Contratación	Operacional	Que el contratista	Rechazo	2	3	5	Riesgo	Contratista	Realizar	2	3	5	Riesgo	Si	Supervisor	Durante la	20 días	Verificación	mensual
4	Específico	Interno	Contratación	Financiero	Que el contratista	No contar con	2	3	5	Riesgo	Contratista	Incluir en	2	3	5	Riesgo	Si	Ducto no del	Durante la	20 días	Revisión en	Anual
5	General	Externo	Contratación	Operacional	Que el contratista	Retraso en la legalización del contrato	1	2	3	Riesgo bajo	Si	"Contratos - Jurídica	De acuerdo	Dentro de las	Con ratificaciones de acuerdo a las pólizas establecidas en el	Permanente, mientras se logre el perfeccionamiento						

6	General	Externo	Contratación regulatorio	Derivados de/adquisición.	• Demora en la prestación del servicio • Afectación a la satisfacción	4	3	7	Riesgo Medio	Contratista	Determinar causas del siniestro.	4	3	7	Riesgo Medio	Si	Contratos Jurídica	Verificación Documental	Durante la ejecución.	Verificando periódicamente ésta normativa aplicada al proceso y sus cambios	Permanente durante vigencia del contrato
7	General	Externo	Contrat ación	Suicidio	Son las Asped	• Dific ultades en la ejecu ción del	2	3	5	Riesgo Medio	Contratista	Colectar informe sobre	2	3	5	Riesgo Medio	Si	Region al de Bucara	De acuerd	Antes, durante	Estando alertas y atendiendo	Mensualmente
8	General	Externo	Selección/Contratación	Tecnológicos	Son las derivadas de fallas en los	Afectación al proceso y a los usuarios y funcionarios de la	2	2	4	Riesgo Bajo	Clientes/Contratista	Establecer canales óptimos de comunicación	2	2	4	Riesgo Bajo	Si	Contratista/Contratan te	Inmediatamente detectada	Inmediatamente detectada la	Verificar información que se genere	Cada vez que se presente la documentación o información

El contratista tendrá tres (03) días hábiles para la constitución de garantías a favor de la policía Nacional De conformidad con lo consagrado en la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, así mismo deberá cargar las respectivas garantías en la plataforma SECOP II, de acuerdo al siguiente detalle.

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA Y VIGENCIA
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO + 2 MESES MÁS.	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO Y 60 DÍAS CALENDARIO MÁS. LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TÉRMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	50% DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO + UN AÑO MAS	AMPARA DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO POR EL CONTRATISTA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y UN AÑO MÁS.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO + (AMPARO) Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	DAÑOS A TERCEROS POR	200 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD

		RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL.				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 NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.9 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 ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA 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 PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA , SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

Tabla de estimación de riesgos previsibles CONPES 3714 de 2011*

La metodología de valoración de los riesgos que se tuvo en cuenta para la presente guía incluyó la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en consonancia con la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas del Departamento Nacional de Planeación, en el marco de sus responsabilidades legales en la estimación de los riesgos. La aquí en cita disposición rige para esta entidad toda vez que en cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo 4° de la Ley 1150 de 2007

Numero de riesgos previstos	8
Valor del contrato	$ 99.000.000,00
Valor estimado de los riesgos	$ 3.775.100,00

Riesgo Genérico	Objeto del riesgo	Probabilidad	Impacto	Estimación	Participación
Ambientales	Incumplimiento normativo frente al manejo ambiental	Bajo	Bajo	$ 312.500,00	8,28%
De la naturaleza	Son derivados de los fenomenos naturales que pueden afectar la ejecución normal	Bajo	Bajo	$ 312.500,00	8,28%
Economico	Diferencia generada en precios en la oferta	Bajo	Bajo	$ 312.500,00	8,28%
Financiero	Fenomenos del proceso	Bajo	Bajo	$ 312.500,00	8,28%
Operacionales	Que el contratista no cuente la documentacion exigida a tiempo para la firma del contrato oportunamente	Bajo	Bajo	$ 312.500,00	8,28%
Regulatorio	Derivados de cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuacion economica del contrato	Medio-Bajo	Medio-Bajo	$ 1.331.897,31	35,28%
Sociales o Politicos	Son derivados de los cambios de las politicas gubernamentales y de cambios en las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecucion del contrato	Medio-Bajo	Bajo	$ 568.312,50	15,05%
Tecnológicos	Son los derivados de fallas de sistemas en las comunicaciones de voz y de datos, suspension de servicios publicos, nuevos desarrollos tecnologicos	Bajo	Bajo	$ 312.500,00	8,28%

ANEXO 3

INFORMATIVO PRECIO TECHO

EL PRESENTE DOCUMENTO SOLO ES INFORMATIVO, POR LO CUAL NO DEBERÁ SER MODIFICADO NI DILIGENCIADO.

ITEMS	CODIGOS CUPS	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO
1	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	$ 89.760
2	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 42.285
3	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 169.140
4	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 331.600
5	901008	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$ 302.386
6	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 14.926
7	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 19.812
8	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$ 22.440
9	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 33.747
10	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA	$ 43.652
11	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 18.749
12	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	$ 22.585
13	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$ 63.720
14	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$ 149.406
15	901203	Brucella CULTIVO	$ 228.800
16	901205	Clostridium difficile CULTIVO	$ 737.848
17	901206	COPROCULTIVO	$ 71.242
18	901207	Corynebacterium diftericae CULTIVO	$ 95.040
19	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	$ 91.520
20	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$ 88.800
21	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 113.472
22	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA	$ 91.520
23	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 62.000
24	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 56.393
25	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA	$ 66.246
26	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	$ 66.513

27	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$ 104.303
28	901220	Helicobacter pylori CULTIVO	$ 348.480
29	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 107.830
30	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 137.280
31	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 114.400
32	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 112.100
33	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 76.910
34	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 71.826
35	901238	Yersinia enterocolitica CULTIVO	$ 229.910
36	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 21.257
37	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 14.348
38	901309	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 61.535
39	901310	Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA	$ 47.520
40	901311	Leptospira SEROTIPIFICACION	$ 163.108
41	901315	Mycobacterium leprae DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO	$ 468.341
42	901321	Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 36.647
43	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$ 52.800
44	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$ 222.700
45	902002	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 178.715
46	902003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$ 211.200
47	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LUPICO	$ 178.365
48	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 74.704
49	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 123.116
50	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 73.294
51	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 71.885
52	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$ 112.760
53	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$ 76.113
54	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$ 85.980
55	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 116.988
56	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$ 70.475
57	902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 123.200
58	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 124.035
59	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 121.781

60	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 122.626
61	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$ 183.234
62	902024	FIBRINOGENO	$ 26.635
63	905107	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	$ 17.142
64	905106	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR Xa]	$ 202.092
65	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$ 335.225
66	902029	PLASMINOGENO	$ 147.997
67	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	$ 83.120
68	902032	PROPERDINA FACTOR B	$ 181.920
69	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 98.665
70	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	$ 157.864
71	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 97.255
72	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	$ 176.187
73	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$ 124.035
74	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 133.902
75	902041	RETRACCION DE COAGULO	$ 20.282
76	902043	TIEMPO DE COAGULACION	$ 78.932
77	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 26.313
78	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	$ 9.660
79	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 34.900
80	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 22.863
81	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$ 131.083
82	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$ 186.321
83	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$ 189.140
84	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$ 207.680
85	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$ 189.140
86	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 136.721
87	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$ 166.321
88	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$ 186.321
89	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$ 207.680
90	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$ 844.600
91	902067	UNION DE VON WILLEBRAND A COLAGENO: (VWF:CB)	$ 616.000
92	902068	UNION DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$ 1.181.800
93	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$ 844.800
94	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.724.800
95	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 211.200

96	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	$ 78.347
97	902074	ANTIGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 722.093
98	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 633.600
99	902076	MEDICION DE ANTIAGREGACION PLAQUETARIA (ESPECIFICO)	$ 393.677
100	902101	CELULAS L.E.	$ 15.505
101	902102	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$ 37.050
102	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 103.192
103	902105	DIMERO D MANUAL	$ 97.145
104	902106	ERITROPOYETINA	$ 62.095
105	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 102.158
106	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 59.199
107	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 90.830
108	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 69.865
109	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 80.341
110	902113	HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 53.981
111	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 40.876
112	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 70.400
113	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 76.113
114	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 14.687
115	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 8.814
116	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 14.433
117	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$ 22.030
118	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 22.030
119	902211	HEMATOCRITO	$ 11.697
120	902213	HEMOGLOBINA	$ 14.130
121	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 14.990
122	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 19.454
123	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 23.962
124	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 9.585

125	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$ 14.456
126	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 11.744
127	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 11.744
128	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 19.202
129	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 45.104
130	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 105.712
131	903002	ALFA FETOPROTEINA (AFP) EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 59.840
132	903003	BICARBONATO	$ 125.445
133	903004	CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 121.217
134	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 86.423
135	903006	CAROTENOS	$ 31.009
136	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 109.941
137	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 107.122
138	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$ 228.800
139	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$ 237.600
140	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 124.035
141	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 169.140
142	903018	FERRITINA	$ 45.148
143	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 145.178
144	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 36.647
145	903022	HOMOCISTEINA	$ 108.531
146	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 119.680
147	903024	LACTOGENO PLACENTARIO	$ 217.063
148	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 114.950
149	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 38.135
150	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 38.135
151	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 83.513
152	903030	MIOGLOBINA CARDIACA	$ 42.523
153	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 123.200
154	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 33.828
155	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 33.828
156	903035	OSTEOCALCINA	$ 100.074
157	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 149.406
158	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	$ 138.648

159	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 700.480
160	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 78.932
161	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$ 317.136
162	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 31.714
163	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 39.437
164	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 60.971
165	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 169.140
166	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 70.029
167	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 105.712
168	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 53.807
169	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$ 78.932
170	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 98.665
171	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 83.795
172	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 51.198
173	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$ 175.395
174	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 87.511
175	903201	FENILALANINA POST. CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4	$ 167.508
176	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 82.720
177	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 184.390
178	903303	ALMIDONES	$ 46.519
179	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 33.904
180	903402	ALDOLASA	$ 42.079
181	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.319
182	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 45.104
183	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$ 84.570
184	903409	APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$ 59.503
185	903410	APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	$ 58.120
186	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	$ 46.514
187	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	$ 56.080
188	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 49.887
189	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 54.429
190	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 39.466
191	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 92.851
192	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 97.255
193	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	$ 106.080
194	903425	FRUCTOSAMINA	$ 39.730

195	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 43.156
196	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 78.288
197	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 50.217
198	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 79.200
199	903431	LIPOPROTEINA A	$ 61.380
200	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 67.656
201	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 206.360
202	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 135.311
203	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 179.817
204	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 88.836
205	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$ 122.628
206	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 83.160
207	903503	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$ 57.596
208	903504	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	$ 67.656
209	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 78.073
210	903602	AMONIO	$ 38.408
211	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 15.062
212	903604	CALCIO IONICO	$ 44.586
213	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 80.399
214	903606	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS]	$ 202.747
215	903607	IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	$ 92.556
216	903608	ZINC	$ 74.580
217	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 80.609
218	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 83.160
219	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 102.575
220	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 88.579
221	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 176.187
222	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 110.220
223	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 121.467
224	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 230.222
225	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 83.160
226	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	$ 66.836
227	903711	VITAMINA K	$ 270.623
228	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 12.104
229	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.104

230	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 16.912
231	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9.585
232	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 17.887
233	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.847
234	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 12.403
235	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 17.971
236	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 15.062
237	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$ 36.085
238	903813	CLORO	$ 19.862
239	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 6.343
240	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 17.404
241	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 19.786
242	903819	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 50.872
243	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 20.345
244	903822	CREATINA	$ 253.605
245	903823	CREATININA DEPURACION	$ 19.029
246	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.010
247	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$ 36.682
248	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 23.257
249	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 16.014
250	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 163.850
251	903830	FOSFATASA ACIDA	$ 18.504
252	903832	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$ 37.323
253	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 13.528
254	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$ 94.490
255	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 14.898
256	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.829
257	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$ 46.514
258	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 24.645
259	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 77.129
260	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 8.550
261	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 11.355
262	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 27.234
263	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 26.622
264	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 53.237
265	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 23.456
266	903846	HIERRO TOTAL	$ 33.519
267	903847	LIPASA	$ 29.736

268	903848	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 104.702
269	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 60.383
270	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 67.128
271	903851	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$ 109.326
272	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 81.029
273	903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$ 60.363
274	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.850
275	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 19.217
276	903856	NITROGENO UREICO	$ 10.046
277	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.046
278	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 25.433
279	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 25.286
280	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 39.032
281	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.977
282	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 9.301
283	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 33.069
284	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 20.796
285	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 17.482
286	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 17.482
287	903868	TRIGLICERIDOS	$ 13.702
288	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 6.786
289	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$ 12.686
290	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 20.910
291	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 15.062
292	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 10.053
293	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL	$ 18.653
294	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 10.777
295	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	$ 12.104
296	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 25.433
297	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$ 20.712
298	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 11.238

299	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 76.113
300	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 194.158
301	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 24.860
302	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 31.306
303	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$ 138.836
304	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 38.335
305	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 45.392
306	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 292.329
307	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 183.587
308	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 178.160
309	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 334.614
310	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 10.777
311	904001	ANGIOTENSINA II	$ 420.029
312	904004	RENINA TOTAL	$ 100.967
313	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 114.272
314	904102	HORMONA ANTIDIURETICA	$ 135.311
315	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$ 61.347
316	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$ 70.889
317	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 66.049
318	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 123.200
319	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 75.169
320	904108	PROLACTINA	$ 60.579
321	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 63.073
322	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$ 116.160
323	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 62.018
324	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$ 117.340
325	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$ 101.145

326	904206	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCAGON CADA MUESTRA	$ 144.184
327	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$ 92.950
328	904208	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO INSULINA CADA MUESTRA	$ 144.184
329	904210	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA	$ 48.066
330	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 71.848
331	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$ 68.420
332	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 784.344
333	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA	$ 95.040
334	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 91.984
335	904503	ESTRADIOL	$ 59.990
336	904504	ESTRIOL	$ 39.574
337	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 63.635
338	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.940
339	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 36.741
340	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 79.355
341	904510	PROGESTERONA	$ 61.460
342	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 69.563
343	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 61.712
344	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 65.175
345	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 158.620
346	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 66.807
347	904705	INSULINA LIBRE	$ 97.383
348	904706	PEPTIDO C	$ 87.652
349	904707	PROINSULINA	$ 211.424
350	904708	SOMATOSTATINA	$ 277.695
351	904710	PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$ 80.300
352	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 98.450
353	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 130.185
354	904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 285.000
355	904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 285.000
356	904715	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 314.811

357	904716	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 314.811
358	904717	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 266.915
359	904718	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 271.315
360	904801	ALDOSTERONA	$ 102.934
361	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 67.656
362	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 119.807
363	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 91.520
364	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 98.150
365	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 82.613
366	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 66.169
367	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 60.609
368	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 89.128
369	904810	DEOXICORTISOL 11	$ 108.531
370	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 86.240
371	904812	CORTISOL AM	$ 27.485
372	904813	CORTISOL PM	$ 27.485
373	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 98.800
374	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 57.484
375	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 53.373
376	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE	$ 45.760
377	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 112.160
378	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$ 90.176
379	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA	$ 58.254
380	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$ 111.873
381	904920	TIROGLOBULINA	$ 60.052
382	904921	TIROXINA LIBRE	$ 53.337
383	904922	TIROXINA TOTAL	$ 54.389
384	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 46.886
385	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 45.193
386	905001	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 633.600
387	905002	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 390.398
388	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 440.000
389	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 103.840

390	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 325.600
391	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 53.002
392	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 143.769
393	905203	BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 130.240
394	905204	BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 28.190
395	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 68.283
396	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 166.321
397	905210	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 113.697
398	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 73.292
399	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$ 78.929
400	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 111.351
401	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$ 176.187
402	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 114.400
403	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 75.304
404	905307	CLORPROMAZINA	$ 152.416
405	905308	FENCICLIDINA	$ 88.640
406	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 86.240
407	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 404.800
408	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 21.090
409	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 132.000
410	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 114.048
411	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 380.160
412	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 95.497
413	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 158.400
414	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 86.785
415	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 83.640
416	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$ 65.120
417	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 102.780
418	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 107.360
419	905706	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.836
420	905707	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$ 80.341
421	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 91.520
422	905710	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	$ 82.682
423	905711	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 109.120

424	905714	CAFEINA AUTOMATIZADO	$ 218.240
425	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$ 105.600
426	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 26.781
427	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 79.658
428	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 105.600
429	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 109.120
430	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 103.417
431	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 158.400
432	905725	COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 91.477
433	905726	COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 93.027
434	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 180.546
435	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 100.454
436	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 75.680
437	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.703
438	905739	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.370
439	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 112.640
440	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	$ 111.867
441	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 228.800
442	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 265.120
443	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 181.280
444	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 89.760
445	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 38.445
446	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 25.384
447	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 94.436
448	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 94.436
449	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.445
450	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.027
451	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 93.280
452	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 93.280
453	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 160.600
454	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.122
455	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.525
456	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.127

457	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.989
458	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.178
459	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.741
460	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.677
461	906025	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.134
462	906026	Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.612
463	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.806
464	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.806
465	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.090
466	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.674
467	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.674
468	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 67.214
469	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.656
470	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.800
471	906102	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	$ 163.880
472	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 201.905
473	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.341
474	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.410
475	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.410
476	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.208
477	906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 271.260
478	906110	Echinococcus ANTICUERPOS	$ 98.665
479	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 436.480
480	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 136.400
481	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.160
482	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.720
483	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.527

484	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.477
485	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 105.924
486	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 92.510
487	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 83.513
488	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.450
489	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.160
490	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.840
491	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.937
492	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.937
493	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 87.223
494	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 84.092
495	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 202.210
496	906211	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.837
497	906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.692
498	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.255
499	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.027
500	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.678
501	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.010
502	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.160
503	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.989
504	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.989
505	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.755
506	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.277
507	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.989
508	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.138
509	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.798

510	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.798
511	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.863
512	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.133
513	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.863
514	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.133
515	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.031
516	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 401.706
517	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 74.704
518	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 83.428
519	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 79.585
520	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 87.210
521	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 87.070
522	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 145.389
523	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 89.137
524	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 168.928
525	906245	Sarampion ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 59.353
526	906246	Sarampion ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57.847
527	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.712
528	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.117
529	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 62.527
530	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 395.601
531	906256	Helicobacter pylori ANTIGENO	$ 60.260
532	906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 114.522
533	906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 118.918
534	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.305
535	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.585
536	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.705
537	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 223.190
538	906270	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G	$ 264.000
539	906271	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M	$ 319.000

540	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 36.736
541	906306	Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 21.116
542	906307	Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57.857
543	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 70.941
544	906318	Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.641
545	906320	Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.450
546	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	$ 102.893
547	906327	Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	$ 58.960
548	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO	$ 59.663
549	906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO	$ 91.975
550	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 377.745
551	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.883
552	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.852
553	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.119
554	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.119
555	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.290
556	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 84.480
557	906415	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	$ 220.007
558	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	$ 126.855
559	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.479
560	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 123.472
561	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.842
562	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.842
563	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108.790
564	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.303
565	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.742
566	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.345
567	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 83.185

568	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$ 198.210
569	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 51.040
570	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$ 31.978
571	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 148.214
572	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 100.760
573	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.163
574	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 943.360
575	906446	PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 392.953
576	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$ 392.953
577	906450	PROTEINA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.965
578	906451	QUERATINA ANTICUERPOS	$ 174.240
579	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.615
580	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.155
581	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.272
582	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 65.220
583	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$ 43.120
584	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 286.352
585	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	$ 136.047
586	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 149.954
587	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	$ 193.072
588	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 193.072
589	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.432
590	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 610.720
591	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA	$ 347.664
592	906512	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$ 519.200
593	906513	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION	$ 415.584
594	906514	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$ 519.200
595	906517	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$ 143.789

596	906518	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$ 519.200
597	906519	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP	$ 353.557
598	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.320
599	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.936
600	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 130.222
601	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.389
602	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 111.155
603	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.090
604	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.167
605	906614	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 193.600
606	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 592.593
607	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.172
608	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.702
609	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.855
610	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 493.323
611	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.607
612	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.383
613	906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.255
614	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.576
615	906703	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 185.576
616	906704	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.576
617	906705	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 185.576
618	906706	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 440.000
619	906707	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 505.093
620	906708	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 434.196
621	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 185.576

622	906710	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.595
623	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 267.804
624	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 326.932
625	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 434.984
626	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.751
627	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 434.984
628	906716	LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 217.446
629	906717	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 186.083
630	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 642.400
631	906719	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 434.193
632	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 326.932
633	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 434.984
634	906722	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.576
635	906723	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 185.576
636	906724	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 228.629
637	906725	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 250.111
638	906726	LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 250.111
639	906727	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 250.111
640	906728	LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 250.111
641	906729	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 250.111
642	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 160.218
643	906731	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 185.576
644	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 376.640
645	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 108.425
646	906734	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 434.193
647	906735	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 434.193
648	906736	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.576
649	906737	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 185.576
650	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 364.379
651	906739	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 344.502
652	906740	LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 434.193

653	906741	LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 434.193
654	906742	LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 434.193
655	906743	LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 434.193
656	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.855
657	906745	LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 408.157
658	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 364.133
659	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 328.606
660	906748	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.576
661	906749	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 185.576
662	906750	PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.576
663	906751	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 375.619
664	906752	PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 375.619
665	906753	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 375.619
666	906801	BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 394.400
667	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 63.201
668	906803	CELULAS ROJAS GLICOFORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 173.210
669	906805	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 503.469
670	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.027
671	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.922
672	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	$ 73.315
673	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 110.050
674	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 75.123
675	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 83.820
676	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 91.520
677	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 401.706
678	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 184.644
679	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.120
680	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	$ 115.830
681	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 67.012
682	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 47.153
683	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 560.979
684	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 47.153

685	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.735
686	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.960
687	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.835
688	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 26.076
689	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.629
690	906848	INTERFERON GAMMA [GAMMAINTERFERON]	$ 486.400
691	906901	AGLUTININAS AL FRIO	$ 20.319
692	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$ 24.640
693	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30.615
694	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 84.480
695	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$ 71.887
696	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$ 71.887
697	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.763
698	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 9.162
699	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.297
700	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 44.460
701	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 8.739
702	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$ 16.054
703	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 19.649
704	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 14.687
705	907002	COPROLOGICO	$ 14.397
706	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 18.323
707	907004	COPROSCOPICO	$ 33.862
708	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$ 21.938
709	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$ 23.049
710	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 16.248
711	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 13.197
712	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	$ 15.057
713	907010	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$ 15.136
714	907011	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$ 29.077
715	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 53.279
716	907013	COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 63.357

717	907014	COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 129.696
718	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 19.828
719	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 6.061
720	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 21.143
721	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 14.095
722	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$ 13.813
723	907106	UROANALISIS	$ 14.300
724	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 24.420
725	907201	ESPERMOGRAMA BASICO	$ 55.756
726	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 59.840
727	907203	LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$ 23.760
728	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 183.234
729	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 78.271
730	908308	ACIDO OROTICO	$ 700.480
731	908309	AMINOACIDOS CUALITATIVOS	$ 161.646
732	908315	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA	$ 116.303
733	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 138.827
734	908317	TIROSINASA TEST CON RAIZ DE CABELLO	$ 170.578
735	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 417.210
736	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 520.960
737	908321	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD	$ 67.346
738	908322	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD	$ 71.697
739	908323	GLUCOGENO CURVA DE ESTIMULACION CON GLUCAGON (DETERMINACION DE GLUCOSA Y ACIDO LACTICO)	$ 170.578
740	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 513.920
741	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	$ 563.200
742	908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 484.000
743	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 651.200
744	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$ 501.600
745	908333	OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS	$ 1.490.720
746	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G	$ 471.680
747	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q	$ 807.200
748	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C	$ 471.680
749	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	$ 860.000
750	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	$ 519.200
751	908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	$ 519.200
752	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	$ 519.200
753	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 391.974

754	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 397.269
755	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 391.974
756	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL	$ 519.200
757	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL	$ 497.255
758	908812	Adenovirus CARGA VIRAL	$ 519.200
759	908814	Citomegalovirus IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 519.200
760	908820	Toxoplasma gondii IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 519.200
761	908823	Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 519.200
762	908824	Herpes simplex I y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 519.200
763	908825	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	$ 519.200
764	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$ 434.147
765	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 221.866
766	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 268.100
767	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 519.200
768	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	$ 519.200
769	906272	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS IG G	$ 192.456
770	906273	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS IG M	$ 192.456
771	908424	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES	$ 519.200
772	906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 356.191
773	905705	PRUEBA DE ALCOHOLEMIA	$ 78.197
774	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA.	$ 94.817
775	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA.	$ 98.560
776	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO.	$ 294.635
777	906852	INTERLEUQUINA	$ 486.400
778	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF).	$ 486.400
779	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$ 486.400
780	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	$ 146.371
781	908418	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (ESPECIFICOS) CTC SI	$ 519.200
782	600203	AGREGACION PLAQUETARIA CON CURVA	$ 274.428

783	908427	**F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A	$ 259.996
784	908436	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PRUEBAS DE ADN CTC: NO	$ 364.440
785	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)	$ 863.115
786	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)	$ 1.490.720
787	908857	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 519.200
788	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES: AC. FIJADORES	$ 447.265
789	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES: AC. MODULADORES	$ 447.265
790	906498	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECIFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 362.510
791	903441	ACETILCOLINESTERASA EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 103.840
792	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 181.280
793	905762	ACIDO HIPURICO (TOLUENO) EN ORINA	$ 76.650
794	908347	ACIDO LACTICO CURVA POST GLUCOSA	$ 1.490.720
795	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)	$ 89.760
796	908341	ACIDO SIALICO CUANTITATIVO EN ORINA	$ 1.490.720
797	903114	ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 75.504
798	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 134.722
799	908356	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA: SCREENING	$ 1.490.720
800	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	$ 523.288
801	908886	ADENOVIRUS DNA DETECTOR	$ 519.200
802	906301	Adenovirus ANTIGENO	$ 179.621
803	904709	ADIPONECTINA	$ 234.304
804	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 265.757
805	908336	ALFA - N-ACETIL NEURAMINIDASA EN LEUCOCITOS	$ 1.490.720
806	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$ 168.630
807	908334	ALFA GALACTOSIDASA EN LEUCOCITOS (ENF. DE FABRY)	$ 1.490.720
808	908335	ALFA GLUCOSIDASA EN LEUCOCITOS (MALTASA ACIDA/ENF. DE POMPE)	$ 897.435
809	903424	ALFA HIDROXIBUTIRICO DESHIDROGENASA (HBDH)	$ 80.960
810	908412	ALFA-1 ANTITRIPSINA - GENOTIPO (PCR)	$ 519.200
811	908325	ALFA-IDURONIDASA EN LEUCOCITOS	$ 513.920
812	905759	ALUCINOGENO LSD (DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO), ORINA	$ 181.280
813	903610	ALUMINIO EN ORINA AL AZAR	$ 91.960
814	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 63.521
815	906113	AMEBA HISTOLITICA: ANTICUERPOS IGG (AMEBIASIS)	$ 253.187
816	906315	AMEBA HISTOLITICA: ANTIGENO	$ 72.244

817	903442	AMILASA ISOENZIMA	$ 103.840
818	903338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS	$ 1.490.720
819	905302	ANFETAMINAS: CUALITATIVAS	$ 139.040
820	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 52.990
821	906447	ANTICUERPOS ANTI PM SCL (PM-1)	$ 247.308
822	898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	$ 169.995
823	898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA [ACAF] DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO	$ 95.800
824	898017	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA POR TINCIÓN DE HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$ 95.800
825	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	$ 169.995
826	898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	$ 196.245
827	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	$ 294.600
828	898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)	$ 245.385
829	898808	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR TINCIÓN HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$ 225.750
830	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA	$ 109.800
831	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 113.715
832	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 108.300
833	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$ 154.000
834	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 10.080
835	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 49.875
836	903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 48.500
837	903082	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 232.100
838	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 64.470
839	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 70.200
840	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 47.460
841	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$ 89.040
842	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	$ 24.045
843	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 118.100
844	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 146.370
845	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 161.900
846	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	$ 101.000
847	906321	Influenza ANTÍGENO	$ 58.900

848	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 167.160
849	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 183.120
850	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 77.000
851	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 183.120
852	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO(DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES) SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 136.445
853	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 152.000
854	908354	TRIPSINÓGENO INMUNOREACTIVO	$ 40.700
855	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	$ 92.600
856	908448	CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECIFICO)	$ 661.815
857	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 302.400
858	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$ 29.715
859	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	$ 50.820
860	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA(HEMOCLASIFICACION GLOBULAR) POR MICROTECNICA	$ 21.105
861	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA(HEMOCLASIFICACION SERICA) POR MICROTECNICA	$ 56.280
862	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	$ 85.000
863	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]	$ 592.100
864	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 98.800
865	902120	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR	$ 17.000
866	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA	$ 32.655
867	906111	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	$ 113.410
868	906613	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR AUTOMATIZADO	$ 60.116
869	906460	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.604
870	906461	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.078
871	906462	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 130.015
872	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 61.108
873	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 191.191

874	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 191.191
875	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 109.823
876	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 173.287
877	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	$ 23.256

EL PRECIO TECHO PARA EL PRESENTE PROCESO ES INMODIFICABLE

ANEXO 4
OFERTA ECONÓMICA

Santiago de Cali

SEÑORES
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad

El suscrito _____, obrando en nombre y representación de _____, de conformidad con lo establecido en la invitación pública del presente proceso de selección adelantado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4, por medio de la presente oferto de forma irrevocable el porcentaje de descuesto indicado, el cual será aplicado a cada uno de los ítems del valor estimado, los cuales se establecerán como precios fijos para la celebración del contrato que se llegare a celebrar con ocasión del presente proceso.

DESCRIPCION	UNICO PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA	_____%

NOTA 1: Para la evaluación económica, se realizará al proponente que haya ofertado el menor porcentaje de descuento.

NOTA 2: El porcentaje de descuento ofertado será aplicado a cada uno de los ítems del Anexo 3 "Informativo Precio Techo". **ESTE FORMATO NO DEBE SER MODIFICADO.**

NOTA 3: El presente proceso se adjudicará por el valor total del presupuesto asignado, el cual es de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($50.000.000)** incluido IVA.

NOTA 4: El oferente deberá diligenciar en la plataforma SECOP II en la oferta económica el valor indicado por la entidad que es de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($50.000.000)**, incluido IVA, EL CUAL ES NECESARIO PARA LA ADJUDICACIÓN.

NOTA 5: En caso que el proponente oferte **CERO (0) POR CIENTO DE DESCUENTO,** se entiende que los valores contratados serán los establecidos como precio techo.

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar 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 proponente
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proponente
Email: Diligenciar el correo electrónico

ANEXO No. 5
OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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.

ANEXO 6
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 los requerimientos de aclaración o de información en los plazos que la **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B CAUCA** le formule en cada caso.
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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Jefatura Administrativa y Financiera de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar.
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 Jefatura Administrativa y Financiera de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4 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 y entregar en el Formato de "Datos Básicos Beneficiario Cuenta" (Declaración de la cuenta bancaria activa) con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
9. Restituir a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B CAUCA los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.
10. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
11. **EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,** salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de urgencia y 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 proceso.
12. El contratista deberá requerir a los usuarios para acceder al servicio de salud, ***previa presentación de la AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD, emanada por el Grupo de referencia y contrareferencia de la UPRES Cauca y la orden médica original; aunado a lo anterior, debe PRESENTAR A LA VISTA (no exigir copia) los documentos que identifican el tipo de usuario,*** así: **Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad**. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de inicial de urgencias); Lo anterior teniendo en cuenta el Decreto 2106 del 22 de noviembre de 2019 "*Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública*"
13. Todo servicio adicional que no haga parte del inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de grupo regional redes integrales de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. (Decreto 780 de 2016; Resolución 2335 de 2023).

14. Aquellos servicios con que cuente el proveedor y que siendo incluidos en su portafolio de servicios no hayan sido incluidos en la contratación, ni notificados previamente por escrito al contratante, requerirá el aval por parte del Grupo de redes integrales de servicios de salud de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca y del Ordenador del Gasto, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente (Decreto 780 de 2016; Resolución 2335 de 2023).
15. Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
16. Informar al supervisor del contrato el saldo de este con una periodicidad mensual y cuando se haya ejecutado en un ochenta y cinco 85% el valor del contrato.
17. Los usuarios que pertenecen a otras ciudades diferentes a las pactadas en el contrato para la prestación del servicio, la prestación del mismo se hará previa autorización del Grupo de Redes Integrales de Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca. De no cumplirse con este requisito, la Regional de Aseguramiento en Salud N°4 no asumirá el pago de los servicios prestados. Derivando nuevamente la factura a la entidad, para que sea facturada por esta en forma independiente al departamento que corresponda.
18. La Calidad del servicio tendrá como sustento los atributos de oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógica científica, satisfacción del usuario y beneficiario, efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad.
19. En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas deberán ser respondidas y tramitadas según los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte del grupo de auditorías medicas de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca. Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
20. El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
21. El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
22. Reportar mensualmente los eventos adversos ocurridos en la prestación de los servicios de laboratorio clínico a los usuarios de la policía Nacional.
23. El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o Coordinador de contrato.
24. El contratista se obliga a que en caso de que los resultados de ayudas diagnosticas realizadas a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, sean patológicos y estos no hayan sido reclamados por sus usuarios serán remitidos a la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, quien dará continuidad al manejo del usuario.
25. Garantizar la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados para la atención del usuario.
26. La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.
27. La Entidad contratista deberá haber realizado la declaratoria de requisitos esenciales, actas de compromiso, condiciones sanitarias y cumplimiento, acordadas con el ente territorial de salud respectivo, tener implementado su sistema de garantía de calidad y un sistema de información gerencial y bioestadística acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Protección Social. En tal virtud, el contratista se obliga a remitir los indicadores de Calidad y los respectivos planes de mejoramiento reportados a la Superintendencia de salud (Circular 030 de 2008 y 058/2000; 09/2012) en formato Excel a los siguientes correos (decau.upres@policia.gov.co)
28. El contratista debe cumplir con el Decreto 1011 de 03-Abr-08, en las resoluciones 1441/2013 (Habilitación) y 1445 (Estándares de Calidad)
29. El contratista se obliga a remitir anexos a las cuentas de cobro todos los RIPS de las atenciones prestadas a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, al correo electrónico decau.upres-rad@policia.gov.co, decau.upres@policia.gov.co y decau.upres-rco@policia.gov.co, relacionando en una

casilla el número de orden de autorización dada por la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca y en otra casilla, la fecha de expedición de dicha orden de autorización.

30. El contratista dispondrá de una persona encargada de la coordinación del contrato, con una linea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios.
31. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca. En esta Facturación debe aparecer el Numero de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo":
32. Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes:

    a. Factura original, a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4- Policía NIT. 805.022.186-6
        i. Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado.
        ii. Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico.
        iii. Historia Clínica (ambulatoria, de urgencias, hospitalización y procedimientos). Correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario.
        iv. RIPS de atenciones prestadas.
33. Como soporte de guía se anexa comunicado oficial No GS-2021-000826-DECAU "Socialización parámetros para la radicación de cuentas".

    a. Anexar a la factura fotocopia del pago de parafiscales (Una por cada mes independiente del número de facturas presentadas).
    b. Orden de prestación de los servicios expedida por el grupo regional de redes integrales de servicios de salud de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Cauca, debidamente firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por Urgencias Vitales. Y anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia y cédula de ciudadanía.
    c. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código ISS 2001 y su Tarifa ISS 2001, y por norma las entidades deben facturar a códigos CUPS, y la tarifa es la establecida en el Anexo Tarifario 199, correspondiente a base ISS 2001 y/o tarifas propias del Contratista de acuerdo al caso.

34. Por ningún motivo se abstendrá de atender y no devolverá al usuario en comento sin informar previamente a la institución el imprevisto presentado, esto con el fin de evitar molestias al mismo.
35. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
36. Las tarifas del presente contrato se mantendrán fijas y estables durante los tres (03) meses después de terminado el contrato. El oferente y posterior CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obliga a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000165 de 2023".
37. El oferente y posterior CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obliga a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000165 de 2023".

38. En el caso que, durante la ejecución del presente contrato, se produzca la terminación del presupuesto asignado para la vigencia inicial, y se generen servicios derivados de urgencias médicas, las partes acuerdan expresamente que las tarifas y precios pactados inicialmente se mantendrán sin modificación alguna para las vigencias del contrato, así como cualquier adición o modificación que se llegare a realizar conforme las disposiciones contractuales y legales aplicables en Colombia, garantizando la estabilidad de las condiciones económicas del contrato y el mantenimiento de las tarifas acordadas durante toda su duración; en aras de garantizar los servicios de salud a las unidades que conforman la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 (Valle, Cauca y Nariño)
39. El contratista se compromete a cumplir con el acuerdo 093 CSSMP 2025 como parte del marco normativo, limita al máximo y en la medida de lo posible, la inclusión de servicios y tecnologías que no se encuentren codificados en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) o en los Códigos Únicos de Medicamentos (CUM).

OBLIGACIONES DEL OFERENTE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias referentes a higiene y seguridad ocupacional.
2. Garantizar que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social.

SEGURIDAD DE LA INFORMACION

1. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.
2. **Cláusula de Confidencialidad**: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.
3. **Cumplimiento de normatividad**: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

FORMULARIO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES4 MIC 239/2026** cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA".**

Yo *(Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta,* identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de *(Calidad en la que actúa el (los) firmante(s)* de la propuesta; *si el (los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá (n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma),* de conformidad con lo establecido en el *(En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás),* 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 Mínima Cuantía No. **PN RASES4 MIC 239/2026,** convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA"**, conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación 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 objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación 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 ó 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. 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.

5. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICIA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

6. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono(s): Fax

8. 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).

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

10. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso, se inicia a partir de generada el acta de inicio y la aprobación de la garantía única (si se solicita) y por un tiempo de _____ o hasta agotar el presupuesto, en todo caso lo primero que ocurra.

11. Que la vigencia de la presente oferta es por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la presentación de la misma.

12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, 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).

_____

(Firma del representante legal)

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ 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 contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ Si (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria) _____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO_____

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Cali, adicionar la fecha

Señores.
POLICÍA NACIONAL – **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4**
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número **PN RASES4 MIC 239/2026** cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA".**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociacion, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedicion, 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°4**, 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°4** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4**, 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°4** 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 contrarien 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:

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

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

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

FORMULARIO No. 4

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Cali, [fecha cierre de la oferta]

Señores.
POLICÍA NACIONAL – **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4**
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía Número **PN RASES4 MIC 239/2026** cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA".**

El(los) suscrito(s) a saber: [Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica o consorcio unión temporal] **domiciliado en** [Cargo 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 clasificadas con riesgo I, II ó III.

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

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

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar según el tipo de persona
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el número de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proponente
Teléfono: Diligenciar teléfono fijo y celular del proponente
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

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

FORMULARIO No. 5

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Cali.

La empresa _____ identificada con NIT. Nº _____ nos comprometemos a sostener los precios ofertados dentro del proceso de minima cuantía PN RASES4 MIC **239/2026**, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA"**. durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir.

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMULARIO No. 6

CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del futuro contrato o convenio, en caso de ser adjudicatario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que tanto mi persona como la empresa a la cual represento no nos encontramos incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 ,"*por la cual se expide el Código General Disciplinario*", Ley 2094 de 2021 "*Por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019*, Ley 1474 de 2011 y Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004, que establece: *"Falso testimonio". El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años".*

Cordialmente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMULARIO No. 7

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Cali, se suministrar la fecha

Señores.
POLICÍA NACIONAL – **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4**
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número **PN RASES4 MIC 239/2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I, II, III Y IV PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA".**

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 Seguir la modalidad de contratacion, 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:

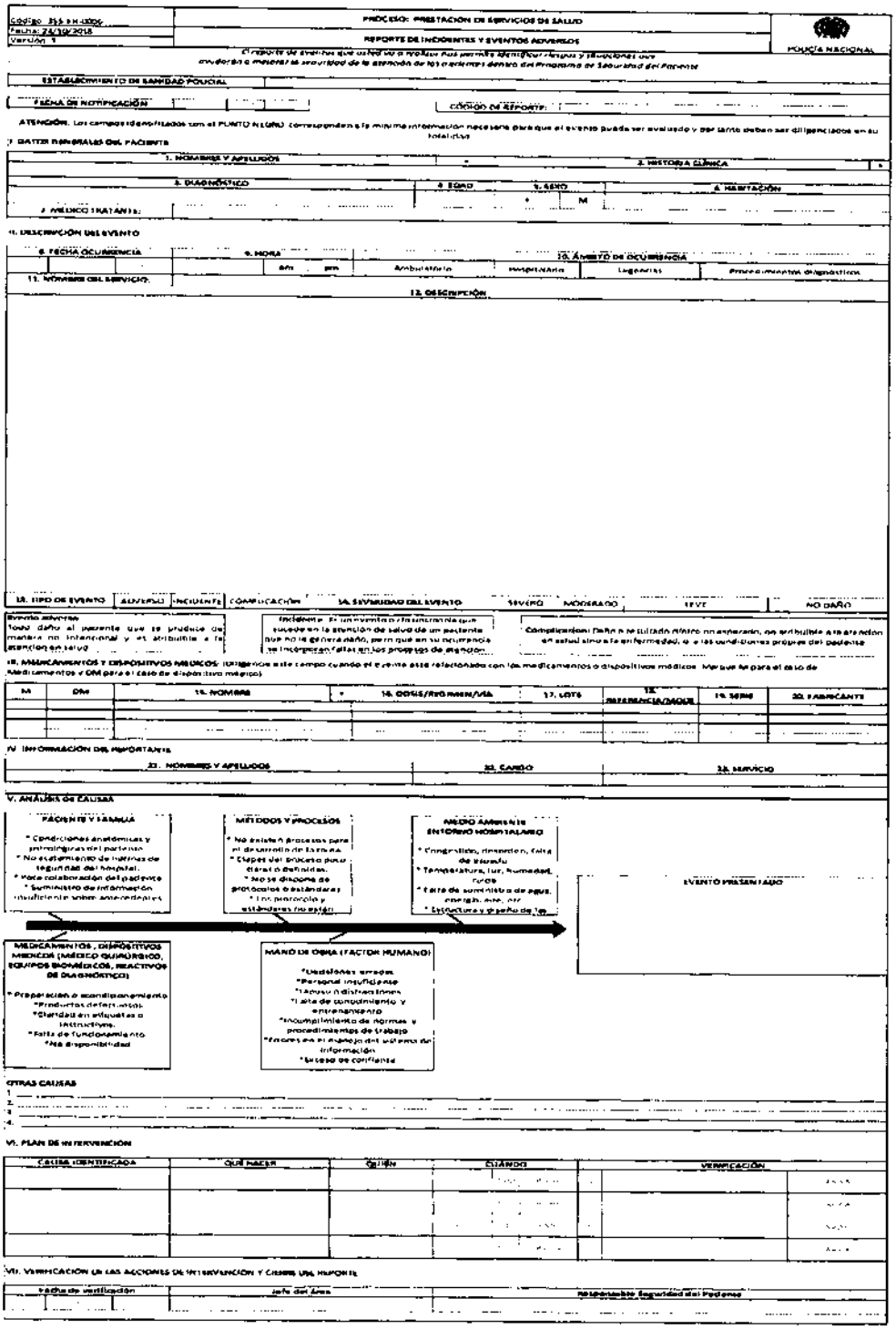
_____

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 No de identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar No de cedula del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfono de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS (INFORMATIVO)

Nota: Este formato solo lo deberá diligenciar el oferente a quien se le adjudique el proceso y en caso de que se llegue a presentar un EVENTO ADVERSO o INCIDENTE, durante la ejecución del contrato (leer ANEXO 3 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA)

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO
3SS-FR-0006 "REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS"
Ocurrencia o presencia de un error en la atención en salud dentro del ámbito hospitalario.
Se debe diligenciar formato y registrar en historia clínica que se "reporta en formato".
Debe diligenciarse en letra legible preferiblemente.
Registre de manera completa el nombre del Establecimiento de Sanidad Policial en el cual ocurrió el evento.
Registre el día, mes y año en que se notifica el evento.
No registre nada en Código de reporte (este código lo asignará el equipo de seguridad del paciente del ESP o de la USP)
I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE
1. Escribir completos nombre y apellidos del paciente
2. Número de historia clínica
3. Registre el código de diagnostico principal que registra el paciente
4. Registre la edad en años del paciente
5. Marque con una X el sexo del paciente
6. Registre el número de la habilitación donde se encuentra hospitalizado el paciente (cuando aplique)
7. Registre el nombre completo de médico tratante.
II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO
8. Registrar fecha de ocurrencia en formato dia, mes y año
9. Registrar la hora de ocurrencia del evento y marcar con una X si el evento fue en la mañana (am) o si fue en la tarde (pm)
10. Seleccione y marque con X el Ámbito de ocurrencia del evento según corresponda: ambulatorio, hospitalario, urgencias y precedimientos diagnósticos.
11. Nombre del servicio donde ocurrió el evento
12. Descripción: en forma sucinta exponer lo sucedido.
Los ítems.13 y 14 se diligencian posterior al análisis del evento realizado por el equipo de seguridad del paciente con personal convocado para esto.
III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: Espacio exclusivo para registrar este tipo de eventos, marque con X si corresponde M = medicamento y DM= dispositivo médico.
Del ítem 15 al 20 Registrar nombre del medicamento o dispositivo médico, dosis, régimen y vía, lote, referencia, modelo, serie y fabricante (Aplica para dispositivos médicos)
IV. INFORMACION DEL REPORTANTE: Del ítem 21 al 23 registrar nombres y apellidos, cargo y servicio donde labora
V. CON EL PROPOSITO DE CREAR CONCIENCIA EN LOS SERVICIOS ES IMPORTANTE, realizar el análisis causa raiz como insumo para el análisis del Protocolo de Londres que realizará el Grupo de Seguridad del Paciente y para inducir al respectivo plan de mejoramiento.
En el análisis causa raiz se preseleccionaron las siguientes variables: Paciente y Familia, Métodos y procesos, Medio ambiente – entorno hospitalario, Medicamentos o dispositivos y mano de obra, en cada uno de estos hay unos factores contemplados para seleccionar el que corresponda en cada situación. En caso de no encontrar el ítem, registrar la causa en "OTRAS CAUSAS" que consideren contribuyó a generar el evento.
VI. PLAN DE INTERVENCIÓN
Registrar la causa o causas identificadas que condujeron a la presencia del evento. Que se va hacer (TAREA) y quien lo va hacer (RESPONSABLE) con las fechas de cumplimiento y de verificación.
Esta parte nos ayudará para el seguimiento al cumplimiento de la mejora de los mismos.
VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE
Fecha de verificación, debe firmar el jefe del Área o Servicio y el Responsable de Seguridad del Paciente.
El formato debe ser remitido al Grupo de Seguridad del Paciente, para su respectiva intervención, quienes se encargan de la verificación de datos y análisis respectivo.
Retroalimentación con el servicio respectivo.
Tener presente que deben ser reportados en un término de 24 horas los eventos, esto con el objeto de cumplir con el aprendizaje organizacional.
Es responsabilidad de reportar de quien le ocurre, o quien observa. Evitemos que sean los familiares los que lo den a conocer a través de quejas o demandas.
Tenga presente que un oportuno reporte le protege ante una demanda.



Código: 2BS-FR-0006
Fecha: 24/10/2013
Versión: 1

PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

POLICÍA NACIONAL

El reporte de eventos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que envuelvan o afecten la seguridad de la atención de los pacientes dentro del Programa de Seguridad del Paciente

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL

FECHA DE NOTIFICACIÓN: ... / ... / ...

CÓDIGO DE REPORTE: ... - ... - ... - ... - ...

ATENCIÓN: Los campos identificados con el PUNTO (.) corresponden a la mínima información necesaria para que el evento pueda ser evaluado y por tanto deben ser diligenciados en su totalidad

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. NOMBRES Y APELLIDOS		2. HISTORIA CLÍNICA	
3. DIAGNÓSTICO	4. EDAD	5. SEXO	6. HABITACIÓN
		M	
7. MÉDICO TRATANTE:			

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. FECHA OCURRENCIA	9. HORA		10. ÁMBITO DE OCURRENCIA			
	am	pm	Ambulatorio	Hospitalario	Urgencias	Procedimientos diagnósticos

11. NOMBRE DEL SERVICIO:

12. DESCRIPCIÓN

13. TIPO DE EVENTO: ADVERSO | INCIDENTE | COMPLICACIÓN

14. SEVERIDAD DEL EVENTO: SEVERO | MODERADO | LEVE | NO DAÑO

Evento adverso: Todo daño al paciente que le produce de manera no intencional y es atribuible a la atención en salud

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención de salud de un paciente que no le generó daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención

Complicación: Daño a la salud ajeno a la patología de base, que se produce durante la atención en salud sin relación con la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS: (diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque X para el caso de Medicamentos y DM para el caso de dispositivo médico)

M	DM	15. NOMBRE	16. DOSIS/RÉGIMEN/VÍA	17. LOTE	18. REFERENCIA/MODELO	19. SERIE	20. FABRICANTE

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	22. CARGO	23. SERVICIO

V. ANÁLISIS DE CAUSAS

PACIENTE Y FAMILIA
* Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente
* No adherencia de normas de seguridad del hospital.
* Mala colaboración del paciente
* Suministro de información insuficiente sobre antecedentes

MÉTODOS Y PROCESOS
* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Claridad del proceso poco clara o definida.
* No se dispone de protocolos o estándares
* Uso, precaución y estándares no exigen

MEDIO AMBIENTE (ENTORNO HOSPITALARIO)
* Congestión, dimensión, falta de espacio
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, gas
* Estructura y diseño de las

EVENTO PRESENTADO

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO)
* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Etiqueta en etiquetas o instructivos
* Falta de funcionamiento
*No disponibilidad

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)
*Limitaciones sensoriales
*Personal insuficiente
*Abuso / distracciones
*Falta de conocimiento y entrenamiento
*Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo
*Errores en el manejo del sistema de información
*Exceso de confianza

OTRAS CAUSAS
1. ...
2. ...
3. ...
4. ...

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	QUIÉN	CUÁNDO	VERIFICACIÓN	

VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE

Fecha de verificación	Jefe del Área	Responsable Seguridad del Paciente
... / ... / ...		