REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7

GS-2026- 018726 – CARLOF-GRUCO - 11.6

Villavicencio, 17 de noviembre de 2026

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNINA CUANTÍA

PN RASES No 7 MIC 161 2026

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7, 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 contratar la **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7**, de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Mínima cuantía: La Regional de Aseguramiento en Salud No 7 adelantará el presente proceso de contratación a través de la modalidad de Mínima Cuantía, teniendo en cuenta que el presupuesto asignado para satisfacer la necesidad existente no excede del 10% de la menor cuantía de la Entidad Estatal, independientemente de su objeto; de conformidad con lo indicado en el numeral 5 del Artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el Artículo 30 de la Ley 2069 de 2020 y por el Artículo 2.2.1.2.1.5.1 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Artículo 2 del Decreto 1860 de 2021 y demás reglamentación en materia de Contratación Estatal.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7**

CLASIFICACIÓN UNSPSC	Segmento	Familia	Clase	Producto
85121802	Servicios de salud	Práctica médica	Laboratorios médicos	Servicios de laboratorios bacteriológicos

Presupuesto

Valor Estimado para el presente proceso corresponde a **CIENTO CINCO MILLONES DE PESOS ($105.000.000,00) M/CTE,** distribuidos de la siguiente manera:

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	REC	VIG	CANT	VALOR UNITARIO ESTIMADO,	VALOR TOTAL ESTIMADO
1	02-02-02-009-003-01 Servicios de salud humana	RASE S-7	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE EXAMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLINICO PARA LOS USUARIOS DE LA POLICIA	16	2026	1	$15.000.000	15.000.000
				16	2027	1	$90.000.000	$90.000.000
VALOR TOTAL ESTIMADO								**105.000.000,00**

Amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal No. SIIF No. 51226 del 12 de noviembre del 2026, expedido por la jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No 7, y Vigencia futura mediante comunicación oficial GS-2026-093723-DISAN de fecha 13 de octubre de 2026.

Plazo de ejecución

El plazo de ejecución del contrato será a partir de la expedición de la carta de inicio, previa aprobación de la garantía única, hasta el **31 de mayo de 2027** o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.

La vigencia del contrato será igual al plazo de ejecución y (8) meses más, dentro de los cuales los primeros cuatro (4) meses siguientes a su terminación se liquidará de manera bilateral entre las partes. En caso de no llegar acuerdo alguno, la entidad dentro de los dos (2) meses siguientes, procederá a liquidar de manera unilateral dentro del término legal, conforme al artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

Que de conformidad con el artículo 164, literal J de la Ley 1437 de 2011 el termino para acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso administrativo será de dos (2) años que se contarán a partir del día siguiente a la ocurrencia de los motivos de hecho o derecho. Para efectos de lo anterior se requerirá, la presentación del certificado de recibido, en el cual debe constar que el servicio fue prestado a satisfacción conforme a las estipulaciones contractuales y el cumplimiento de los aportes establecidos en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. De acuerdo a lo anterior, el acta será suscrita por las partes contratantes y servirá como soporte para cualquier reclamación posterior.Las partes contratantes y servirá como soporte para cualquier reclamación posterior.

Lugar de prestación del servicio

La prestación de los servicios se realizará en el Departamento de Policía Meta, y será en las instalaciones del oferente, las cuales deben ubicarse en el perímetro urbano del Municipio de Villavicencio.

Forma de pago

Pago retrospectivo. Modalidad de pago posterior al proceso de atención (Decreto 441/2022 Art 2.5.3.4.1.3)

El pago es por evento – retrospectiva, en la cual la Regional de Aseguramiento en Salud No 7, reconoce y paga al prestador o proveedor cada servicio o tecnología efectivamente prestado, previa facturación y validación, conforme a tarifas y condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades.

El pago se realizará en moneda legal colombiana, La Regional de Aseguramiento en Salud No 7 pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Villavicencio, por pagos contra entrega, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de servicio, copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio magnético, acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud , pensiones y riesgos laborales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de La Regional de Aseguramiento en Salud No 7, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignará un número de radicación. Todas las facturas deben venir acompañadas de los RIPS debidamente diligenciados, los cuales serán validados en el aplicativo SISAP WEB de la Policía Nacional.

En cumplimiento a la **Resoluciones 948 y 2284 del 28 de diciembre 2023** la presentación de las facturas se hará de forma Virtual. Enviando al correo disan.rase7-er@policia.gov.co, con asunto NOMBRE ENTIDAD y numero de NIT.
Debe venir una carpeta en .ZIP con el nombre de la entidad y NIT dentro de ella debe contener:

- Archivo xml de la factura
- Archivo cuv
- Archivo json (RIPS)
- Facturas en PDF en carpeta individual con soportes
- Archivo excel con relación de las facturas
- Certificado de parafiscales vigente

Se contesta por parte de esta entidad mediante el correo electrónico notificando el número de radicado de las facturas.
Facturas que no cumplan con el lleno de los requisitos se realizará la devolución.

Causales de devolución
1. Persona corresponde a otro responsable de pago
2. El prestador de servicio de salud que factura no hace parte de la red integral e integrada de la entidad responsable de pago.
3. Factura ya pagada o en trámite
4. No radicación de soportes dentro de los 22 días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura.

De igual forma, en cumplimiento a la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas (IAR-GU-0002) de la Policía Nacional, el contratista deberá tener en cuenta las otras Condiciones así:

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008

MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 — DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

- Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal" en el Artículo 3, punto 2 - parágrafo I, que a la letra dice: *"El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...",* las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.
- El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva factura o cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que ésta sea verificada por el- supervisor del contrato: y poder realizar el respectivo pago".
- Adicionalmente, se solicitan los siguientes soportes:

- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.

NOTA 1: El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.
NOTA 2: En cumplimiento a la Resolución 05884 del 27-12-2019 "*Por la cual se expide el Manual para la Administración de los Recursos Logísticos de la Policía Nacional*", en su ítem que a letra dice... "2.43.4 Clasificación de las entradas: La entrada de los bienes según la procedencia de los mismos se clasifica entre otras, por: compras, donación, reintegros, recuperación, reposición, transferencia, nacimiento de semovientes, compensación, reconstrucción de equipos, sobrantes, traspasos y comodatos".
NOTA 3: Aunado a las formas de pago anteriores se deberá anexar certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista y el Registro Único Tributario. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. Los pagos contra entrega se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación.

Dando cumplimiento al Decreto 442 de 2023, Decreto 780 de 2016, el Decreto 441 de 2022, la Resolución 3100 de 2019 (con sus modificaciones), la Resolución 2284 de 2023 y la reglamentación DIAN vigente en materia de interoperabilidad de factura electrónica y RIPS y Circular Externa 042 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

FACTURAS ELECTRÓNICAS. Dando cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 de 2020 referente a los lineamientos para el pago a los proveedores del estado, y a la Circular Externa 042 emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, donde se refiere al proceso de recepción de facturas electrónicas de ventas, notas crédito y notas débito, y a la implementación del Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito, el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, se informa que todos los proveedores y contratistas obligados a facturar electrónicamente (personas jurídicas y personas naturales incluyendo CPS) deben parametrizar con su operador electrónico de facturación los datos del emisor, datos del adquiriente y notas finales; así mismo, establecer,

que todas las facturas a nombre de Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, se direccionen al buzón dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público al siguiente correo electrónico siifnacion.facturacionelectronica@minhacienda.gov.co, toda vez que será el Ministerio de Hacienda - SIIF NACION quien centraliza su recepción y gestione el envío a cada supervisor a través del aliado tecnológico Olimpia it.

CIRCULAR EXTERNA N 042 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE FACTURAS ELECTRÓNICAS PARA ENTIDADES DE SALUD DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN del 03 de mayo de 2022, emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se informa que "a partir del 15 de mayo del 2022 las entidades de Salud que hacen parte del Presupuesto General de la Nación deberán realizar el siguiente procedimiento para poder registrar obligaciones con personas jurídicas y naturales que tienen la responsabilidad de facturar electrónicamente, con cargo a los objetos de gastos de adquisición de bienes y servicios asociados con tal sector.

LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Dando cumplimiento al Decreto 442 de 2023, Decreto 780 de 2016, el Decreto 441 de 2022, la Resolución 3100 de 2019 (con sus modificaciones), la Resolución 2284 de 2023 y la reglamentación DIAN vigente en materia de interoperabilidad de factura electrónica y RIPS y Circular Externa 042 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la RASES No. 7, de acuerdo al contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica, con la unidad que a continuación se relaciona así:

RAZON SOCIAL: Regional de Aseguramiento en Salud No 7
NIT No.: 900.407.224-6
DIRECCION: Calle 15 No. 15ª - 33, Av. los maracos barrio el estero
CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD PCI: 16-01-02-042 (Regional de Aseguramiento en Salud No 7)

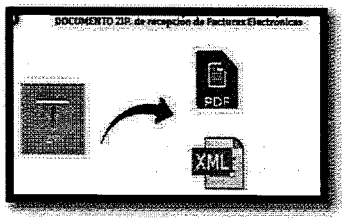
- Utiliza el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la DIAN.
- Lleva la numeración consecutiva autorizada por la DIAN.
- Cumple con los requisitos del art. 617 del ET y discrimina el impuesto al consumo cuando es el caso.
- Incluye la firma digital o electrónica para garantizar autenticidad integridad y no repudio de la factura electrónica, de acuerdo con la política de firma adoptada por la DIAN.
- Incluye el Código Único de Factura Electrónica CUFE.
- Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.
- Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.
- Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML).

- En la sección de la factura NOTA O OBSERVACIONES la entidad debe digitar los siguiente: # luego el código de identificación de la entidad PCI a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con #, debidamente separados por punto y coma sin espacios, ejemplo Adjunto:

Ejemplo (16-01-02-042; Contrato 20/2022; pperez@entidaddesalud.gov.co.la factura inicial más la nota débito)".

Nota importante: De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.

Generar factura obteniendo el contenedor electrónico - Documento. Zip (PDF, XML).



Desde cualquier correo electrónico, puede enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento. Zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, sin espacios según ej. Adjunto:

16-01-02-054;85-7-20033-22;pepito.perez@correo.policia.gov.co

El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la RASES No 7.

Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte de la POLICIA NACIONAL y, por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la calidad del bien o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace claridad a la facturación electrónica, los contratistas prestadores de bienes y/o servicios, una vez envíen la factura electrónica al correo antes mencionado, deberá seguir radicando físicamente como se ha venido haciendo en la oficina de

Central de Cuentas RASES No 7, factura original con sus respectivos soportes originales y firmado a que haya lugar.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario Contratista, el funcionario de la ventanilla única de cuentas remitirá al supervisor del contrato para la revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes al auditor de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARÁGRAFO 1: La Ley 1437 de 18 de enero de 2011, que en su CAPÍTULO VII Establece el Silencio administrativo, Artículo 84 Silencio Positivo; en consecuencia, y acorde al Decreto 441 del 2022 y la Resolución 2284 del 2023 anexo técnico N°3, circular externa No 21 del 2024 y el artículo 57 de la ley 1438 del 2011 establece: 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. En caso de no presentar impugnaciones a la misma se entenderá que estas son aceptadas.

PARÁGRAFO 2: AUDITORIA DE CUENTAS. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas RASES N° 7, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según ley 1438 de 2011 articulo 57.

- Autorización.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden de servicio.

PARÁGRAFO 3: La Ley 1437 de 18 de enero de 2011, que en su CAPÍTULO VII Establece el Silencio administrativo, Artículo 84 Silencio Positivo; en consecuencia, y acorde al Decreto 441 del 2022 y la Resolución 2284 del 2023 anexo técnico N°3, circular externa No 21 del 2024 y el artículo 57 de la ley 1438 del 2011 establece: 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. En caso de no presentar impugnaciones a la misma se entenderá que estas son aceptadas.

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.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No.7, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

NOTA: Teniendo en cuenta el oficio No. 092351 ARAFI-AUMED fechado 22/10/2015 en el cual trata el tema sobre la Política de cero papeles en concordancia con la Directiva Presidencial 04 del 2012 "EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y LINEAMIENTOS DE LA POLITICA DE CERO PAPEL EN LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA" se requiere que el contratista al momento de radicar la factura:

- Historia clínica
- Autorizaciones
- RIPS
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden de servicio.
- Documentos de identidad

REQUISITOS PARA EL PAGO

Darle aplicabilidad a la ley 594 de 2000 Ley General de Archivo; de la siguiente manera: la presentación de las cuentas médicas presentadas a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 7, cuya actividad es imprescindible en los procesos de organización archivística, y la cual tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de folios de una unidad de conservación dada.

El contratista estará en la obligación de radicar las cuentas generadas en la oficina de central de cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 7, cumpliendo con los siguientes requisitos:

a. Factura con el lleno de requisitos establecidos por la DIAN.

b. Certificado original suscrito por el representante legal o revisor fiscal (en el evento de estar legalmente obligado a tenerlo) sobre el cumplimiento de sus obligaciones ante el SGSSI y parafiscales del periodo correspondiente.

c. Copia del soporte de liquidación y pago de aportes al SGSSI y parafiscales del periodo correspondiente.

d. Recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato previa verificación del suministro y a los soportes de la facturación.

	e. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios. f. Dar aplicabilidad a la Resolución 1962 del 23 de septiembre de 2025 de acuerdo con el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial - SIIFA con el fin de adelantar el trámite de facturación y generar el Código Único de Contratación. Factura que no cumpla con los requisitos legales vigentes no será radicada. **PLATAFORMA SECOP II:** El oferente 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
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 obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. b) Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. c) Cuando el proponente o alguno de sus integrantes en caso de oferentes plurales, **incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad** para contratar, según lo dispuesto en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública y demás normas que regulan la materia. d) Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan con la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo habilitante. e) Cuando el objeto social del oferente, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación. f) Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación de acuerdo con la Ley. g) Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. h) Cuando el valor ofertado supere el precio techo unitario. i) Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos y la justificación presentada por el oferente no sea válida para la entidad. j) Cuando realizada la **corrección aritmética** descrita en la presente invitación, se supere el **presupuesto oficial total**. k) Cuando el comité asesor y evaluador de la propuesta determine que la propuesta de precios es artificialmente baja. l) Cuando la **propuesta siendo total haya sido presentada en forma parcial**, incompleta, alternativa o subordinada al cumplimiento de cualquier condición m) La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del término establecido en el cronograma del proceso. n) Cuando el oferente adicione, cambie o modifique la descripción del ítem, unidad de medida y cantidades de la oferta económica. o) Cuando la propuesta sea presentada en día y/u hora **posterior al cierre establecido en el cronograma** del proceso.

	p) Cuando el proponente se encuentra reportado en el Boletín de responsables Fiscales (Artículo 60, Ley 610 de 2000). q) Cuando el proponente no haya tenido en cuenta en su propuesta las modificaciones a la invitación que mediante adendas haya realizado la Entidad. r) Cuando un proponente oferte en la presente contratación, y tenga intereses patrimoniales en una persona jurídica que haga las veces de proponente. (es decir, el mismo representante legal en dos o más empresas que presentaron oferta) s) Cuando un Consorcio o Unión temporal no se constituya en los términos previstos por el artículo 7 de la Ley 80 de 1993. t) La propuesta debe ser presentada de manera exclusiva a través de la plataforma transaccional SECOP II, en caso de presentarse por otro medio la misma será rechazada (salvo lo dispuesto en caso de indisponibilidad del SECOP II, de acuerdo con la guía Publicada por Colombia Compra Eficiente). u) Cuando la oferta se registre en el SECOP II en forma extemporánea o en un proceso diferente. v) Cuando los proponentes presenten su propuesta y la figura jurídica (persona natural y/o jurídica; consorcio, unión temporal), no corresponda al perfil registrado en la plataforma SECOP II - proponente singular – proponente plural. w) Las demás contempladas en la Ley **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7 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 II.

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 la propuesta económica de menor precio hasta la de mayor precio. La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor valor, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los errores e inconsistencias de los documentos aportados, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor valor y así sucesivamente. El artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 4 del Decreto 1082 de 2015 establece: "*La entidad estatal debe revisar las ofertas económicas y verificar que la de menor valor cumple con las condiciones de la invitación. Si esta no cumple con las condiciones de la invitación, la entidad estatal debe verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo menor valor, y así sucesivamente".* Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto en los términos del parágrafo del artículo 3.5.3 del Decreto 734 de 2012.
Indisponibilidad	Una indisponibilidad es aquella que afecta la presentación de las ofertas; la presentación de manifestaciones de interés; la elaboración o aplicación de Adendas en el SECOP II; o, la realización de una subasta, cuando la indisponibilidad se presenta dentro de las cuatro (4) últimas horas previstas para el evento correspondiente o durante la realización de una subasta Los Certificados de Indisponibilidad son publicados en la página web de Colombia Compra Eficiente en un plazo máximo de 24 horas en https://www.colombiacompragov.co/soporte **INSTRUCCIONES PARA LOS PROVEEDORES** En caso de que no pueda acceder al SECOP II o exista alguna indisponibilidad para crear o enviar su oferta, llame a la Mesa de Servicio de Colombia Compra Eficiente e informe sobre una posible indisponibilidad del SECOP II. Los teléfonos de la Mesa de Servicio son: (1)7456788 en Bogotá y 01800 520808 ara el resto del país. Envíe antes de la hora límite para presentar ofertas un correo electrónico a la Entidad Estatal informando esta situación; el número de proceso; y, el nombre del usuario en la plataforma y la cuenta del proponente que quiere presentar la oferta El correo de la Entidad Estatal debe ser el indicado para el efecto en los Documentos del Proceso o el correo electrónico para notificaciones judiciales de la Entidad Estatal. Si Colombia Compra Eficiente confirma la indisponibilidad del SECOP II dentro de las 24 horas siguientes al cierre del Proceso de Contratación, puede presentar su oferta por correo electrónico dentro de las 48 horas siguientes al cierre. Cualquier persona puede solicitar a la Entidad Estatal el rechazo de ofertas externas publicadas por la Entidad Estatal que no hayan aplicado el procedimiento aquí indicado; o enviadas por correo electrónico de Proveedores que no se hayan inscrito previamente al Proceso de Contratación. Ante una imposible indisponibilidad por falla general o particular es importante que tanto entidades compradoras como proveedores estén atentos a los medios de comunicación de Colombia Compra Eficiente. Cuando previo a la fecha y hora para presentar requisitos habilitantes, no se encuentre disponible la plataforma SECOP II, el Interesado deberá manifestar dicha novedad al correo electrónico de la entidad **CORREO DE LA UNIDAD** demet.rase7-con@policia.gov.co

Procedimiento en caso de empate a menor precio	En caso de empate, la Entidad Estatal aplicará los criterios de que trata el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020, conforme a los medíos de acreditación del artículo 2.2.1.2.4.2.17, del presente Decreto o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. El Decreto 1082 de 2015 en su artículo 2.2.1.2.4.2.17 nos habla de los factores de desempate, plasmando así el procedimiento que se debe llevar a cabo en caso de que dos o más propuestas se encuentren en empate. Se ha llegado a presentar que, aunque se utilicen estos factores se continúa persistiendo el empate, por tal motivo el numeral doce (12) del mismo artículo nos habla de lo siguiente: *«Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto en los pliegos de condiciones del Proceso de Contratación.»* De acuerdo a lo anterior, las Entidades son autónomas de fijar en el proceso, un método aleatorio que decida la adjudicación de un proceso. Si persiste el empate, La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7, utilizará el método de BALOTAS, para la selección se realizará por un sorteo que se efectuará entre los proponentes empatados, el cual se realizará en reunión virtual y a través del sistema de balotas, el cual se desarrollará de la siguiente manera: 1. Se leerá en voz alta las Ofertas que resultaron empatadas 2. Se pondrá a girar la balotera para que le asigne a cada Oferta empatada el número por medio del cual participará en el sorteo. 3. Una vez terminada la asignación de los números de participación, se introducirán en la balotera únicamente las balotas con los números asignados a las Ofertas empatadas. 4. Se procederá a girar la balotera y se sacará una (1) balota, la que corresponderá al oferente seleccionado.
Información de aceptación de la oferta	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.
Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	Las Contenidas en el Formato Estimación, Tipificación, Asignación de Riesgos y Determinación de Garantías

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES.

Los proponentes deberán presentar su oferta en original y con los siguientes documentos:

- **ESPECIFICACIONES JURIDICAS**

✓ Carta de presentación de la oferta firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matrícula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva actualizada, no superior a (30) días. El establecimiento deberá estar inscrito en la cámara de comercio para lo cual deberá estar renovado según la normatividad,

así mismo su actividad comercial registrada deberá estar acorde con el objeto y las actividades a contratar. Las **personas liberales** de conformidad con el Numeral 5 del artículo 23 del código de comercio, acreditarán su condición mediante documento de identificación y tarjeta profesional, matrícula profesional o documento equivalente reconocido legalmente para el ejercicio de su profesión.

- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente
- ✓ Libreta militar (El Artículo 42 de la Ley 1861 de 2017) si aplica
- ✓ El oferente adjuntara el Boletín de responsables **Fiscales** de la Contraloría General de la República, de la firma y del representante legal y del oferente **persona natural.**
- ✓ El oferente adjuntara el certificado de antecedentes judiciales del oferente o su representante legal cuando se trate de personas jurídicas.
- ✓ El oferente adjuntara el certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación de la firma y del representante legal y del oferente **persona natural.**
- ✓ El oferente adjuntara el certificado de su representante legal cuando se trate de personas jurídicas el Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional.
- ✓ Antecedente de Delitos Sexuales–PN y/o Representante Legal
- ✓ Certificado REDAM | Registro de Deudores Alimentarios Morosos
- ✓ El oferente deberá presentar certificado declaración Juramentada de Inhabilidades e Incompatibilidades de no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en el artículo 8° y 9° de la Ley 80 de 1993. Con la firma de la propuesta, la persona natural o el representante legal de la sociedad oferente, afirma bajo la gravedad del juramento, que no se halla incurso en las mencionadas inhabilidades e incompatibilidades.
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal cuando el oferente este obligado a tenerlo de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. En este último evento, se deberá anexar, fotocopia de: Documento de identificación, Tarjeta profesional y Antecedentes de la Junta Central de Contadores del Revisor Fiscal y últimos
- ✓ Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario vigente.
- ✓ Formulario compromiso anticorrupción, suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica)
- ✓ Formulario Acuerdo de Confidencialidad.

- **ESPECIFICACIONES ECONÓMICAS**

- ✓ Certificación bancaria vigente, no superior a un (1) mes
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Formato a Terceros)
- ✓ Diligenciamiento de la propuesta económica.
- ✓ Sostenibilidad de precios
- ✓ Origen licito de recursos
- ✓ Oferta Económica

- **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**

- ✓ Diligenciamiento del Anexo Condiciones Técnicas
- ✓ Nivel De Educación O Nivel Académico (En caso que aplique)
- ✓ Experiencia (En caso que aplique)
- ✓ Certificación que acredita Capacidad Operativa
- ✓ Si se solicitan los requisitos en relación con la seguridad y salud en el trabajo por favor incluir los documentos que se deben presentar con la oferta
- ✓ Sistema de Gestión Ambiental.

- ✓ Demas formatos, anexos y formularios establecidos.

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Observaciones a la invitación	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Plazo para manifestación de interés de limitar la convocatoria a Mipymes	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Respuesta a las observaciones a la invitación	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Publicación del aviso de limitación a Mipymes o si podrá participar cualquier interesado	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Plazo máximo para expedir adendas	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Entrega de propuestas	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Publicación para Observaciones y Presentación de Documentos Habilitantes	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Notificación de aceptación de oferta.	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II
Entrega de las garantías de ejecución del contrato	**LUGAR:** Plataforma Colombia Compra eficiente SECOP II Fecha: Según establecido en SECOP II Hora: Según establecido en SECOP II

NOTA 1: De ser necesaria la modificación del cronograma anterior, ésta se efectuará de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 de 2015.

NOTA 2: Las observaciones allegadas de forma extemporánea serán atendidas conforme a las disposiciones legales referidas al derecho de petición y antes de la adjudicación del presente proceso, sin embargo, se reitera que los términos en materia de contratación son perentorios y preclusivos por mandato expreso de la ley, tal y como lo consagra el artículo 25 de la Ley 80 de 1993: *"(...) En las normas de selección y en la invitación pública para la escogencia de contratistas, se cumplirán y establecerán los procedimientos y etapas estrictamente necesarios para asegurar la selección objetiva de la propuesta más favorable. Para este propósito, se señalarán términos preclusivos y perentorios para las diferentes etapas de la selección y las autoridades darán impulso oficioso a las actuaciones".*

NOTA 3: De ser necesaria la modificación del cronograma anterior, esta se efectuará mediante ADENDA.

NOTA 4: Todos los plazos del proceso contractual podrán ser prorrogados antes de su vencimiento, cuando las necesidades de la Regional de Aseguramiento en salud No.7, así lo exijan. Cuando se trate del término de expedición de adendas, se observará lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015.

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO.

un funcionario de la Regional de Aseguramiento en Salud No 7 o de la Unidad Prestadora de Salud Meta quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución Nro. 00090 del 15 de enero de 2018. Para estos efectos, el supervisor estará sujeto a lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 26 de la Ley 80 del 1993, los Artículos 83 y 84 de la Ley 1474 del 2011, la Resolución 00090 del 2018 y demás normas que regulen la materia.

El supervisor del contrato en cumplimiento de sus funciones, deberá preparar y presentar al ordenador del gasto informe sobre la gestión mensualmente, en el que se deberá enunciar de forma puntual la ejecución física del contrato, relacionando para ello los aspectos de carácter técnico, administrativo, financiero y legal del respectivo negocio jurídico.

Los informes de seguimiento, deben ser presentados de forma física mensualmente (30) días calendario una vez se dé carta de inicio y durante la ejecución del contrato en el formato establecido en la suite visión empresarial, así mismo se debe realizar su publicación en el SECOP II, módulo de gestión contractual, con el fin de dar cumplimiento al Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015, que establece lo siguiente: "(...)Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor, que prueben la ejecución del contrato (...)". Informe que deberá ser publicado en la plataforma SECOP II y simultáneamente dicho cargue deberá realizarse en el módulo de contratación estatal MCT "Sistema de información Módulo de contratación", con plazo máximo tres (03) días después de emitido dicho informe; así mismo cuando el contrato se ejecute en su totalidad o se termine anticipadamente se debe elaborar informe de supervisión final junto con la EVALUACIÓN Y REEVALUACION DE PROVEEDORES en el formato 2BS-FR-0066 y proyectar el acta de liquidación cuando sea el caso, la cual también deberá quedar publicada en la plataforma SECOP II.

Deberá coordinar con el contratista la operacionalización de la radicación de las facturas en SIIF NACION, de acuerdo a la CIRCILAR 042 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA – SIIF NACIÓN del 26 de diciembre de 2023, y trámite de acta de liquidación del contrato.
Deberá informar al ordenador del gasto, cuando el contrato se encuentre en un 50% y un 70%, ejecución del contrato, a fin de determinar trámite de adición y/o proceso nuevo y poder garantizar la continuidad en la prestación de los servicios.

OTRAS ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR

- Revisar detalladamente todos los criterios técnicos y realizar seguimiento constante según lo establecido.
- Informar en forma inmediata y por escrito a la dependencia encargada de contratos, cualquier anomalía en la ejecución del contrato.
- Requerir por escrito al contratista cuando quiera que este no ejecute, o ejecute indebida o tardíamente las obligaciones surgidas del acuerdo negocial o convencional.
- Dar el recibo de satisfacción mensual para su pago si se da cumplimiento a lo pactado,
- Verificar que el contratista suministre y mantenga el personal, insumos y/o equipo ofrecido, con las condiciones e idoneidad pactadas.
- Solicitar mensualmente el Paz y Salvo de parafiscales, respecto a este pago se aplicará lo contenido en los Artículos 1 y 7 del Decreto 1828 de 2013 ".

- Remitir mensualmente a la oficina de contratos un informe mensual que contenga la forma como se ha ejecutado el contrato, si se ha dado cumplimiento a todas las exigencias de salud ocupacional y ambiental y demás aspectos del contrato, copia del RAS, copia de la factura y copia de los parafiscales.
- Proyectar el acta de liquidación del contrato dentro de los 2 meses siguientes a su finalización.
- Y de más funciones de qué habla la Resolución No. 00090 de 2018 y la ley 1474 de 2011.

INFORMES DURANTE LA EJECUCIÓN

En cuanto se refiere al periodo de ejecución del contrato o convenio, en los informes (parciales) que se rindan, se deberán consignar las actividades establecidas en el contrato o convenio, discriminando los aspectos.

I.) **Técnicos,** tales como: las modificaciones efectuadas, los insumos suministrados, los servicios prestados y las obras ejecutadas, incluyendo la descripción de las actividades, cantidad y precios unitarios con el fin de evaluar el complimiento del contratista con respecto al contrato de que se trate (obra, suministro, de insumos, entre otros), acorde con las estipulaciones pactadas;

II.) **Financieros o presupuestales** tales como: anticipos, facturaciones, entrega de aportes, pagos, etc.

III.) **Administrativos** tales como: requerimientos de autoridades, tramites de solicitudes formuladas por el contratista, actas, e información adicional relacionada con el contrato o convenio;

IV.) **Legales,** tales como: retrasos, incumplimientos, inconvenientes presentados y asuntos pendientes por resolver.

V.) Además de lo anterior, en los informes que se rindan, se deberán incluir los comentarios conclusiones y recomendaciones que se estimen procedentes.

5. INVITACIÓN A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS Y ENTES DE CONTROL DEL ESTADO

En cumplimiento de lo dispuesto en el inciso 3° del artículo 66 de la Ley 80 de 1993 la Entidad Contratante invita a todas las personas y organizaciones interesadas en hacer control social al contrato objeto del presente proceso, en cualquiera de sus fases o etapas, a que presenten las recomendaciones que consideren convenientes, intervengan en las audiencias y a que consulten los Documentos del Proceso en https://www.colombiacompra.gov.co. De acuerdo con la ley 850 del 2003, las veedurías pueden conformar los diferentes comités (técnicos, financieros y sociales entre otros) para poder ejercer su función. Una vez conformada la veeduría con los parámetros de la ley, desarrollarán su actividad en comunicación con la interventoría del proyecto.

Igualmente se invita a los distintos entes de control del Estado, a acompañar el desarrollo de las diferentes etapas de los procesos de selección en virtud de las competencias que la Ley les ha asignado.

La presente invitación se emite y pública.

Atentamente,

Mayor **LUISA FERNANDA MEJIA ROJAS**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 7

Elaboro: CPS. María Camila Cock Martínez, Analista de Contratos RASES No.7
Reviso: TE. Juan Danilo García Caicedo jefe Grupo Contratos.
Reviso: CT. Sergio Andrés Ruiz Hidalgo, jefe Área Logística y Financiera

Revisó: CPS. Evelyne Alexandra Benitez Gutiérrez, Abogada de Contratos

Fecha de Elaboración: 26/10/2026

Ubicación: \\dsclipi-contra7\COMPARTIDARASES7\5. CARPETA 2026\1. PROCESOS RASES N 7\MINIMA CUANTIA

Calle 15 No. 15ª-33 del Barrio el Estero

demet.rase7-con@policia.gov.co

www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

ANEXO 2
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.
b. En la columna **CUMPLE SI O NO**, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio:** Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al ochenta por ciento (80%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas, privadas o personas con profesiones liberales, para lo cual las certificaciones deberán contener: ✓ Nombre o razón social de contratante. ✓ Nombre o razón social del contratista. ✓ Objeto del contrato. ✓ Número del contrato. ✓ Fecha de inicio del contrato. ✓ Fecha de terminación del contrato. ✓ Valor del contrato. En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta de terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, la **Regional de Aseguramiento en Salud No.7** tomara para efectos de verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del consorcio o de la Unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato. Además, debe tenerse en cuenta que:		

	-No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios. -No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia. -No se tendrán en cuenta contratos en ejecución. -No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias. **Justificación:** La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo. **NOTA 1:** En caso de que el oferente haya firmado contratos con la **Regional de Aseguramiento en Salud No.7**, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con allegar oficio donde mencione el número de contrato objeto y el valor siempre que este guarde relación con el servicio que se requiere satisfacer; la unidad verificará la información, según la **Ley 019 de del 2012. ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD**. **NOTA 2:** Para emprendimientos y empresas de mujeres la suma deberá superar el sesenta (60%) del presupuesto asignado al presente proceso		
2	Con el propósito de asegurar el cumplimiento de los criterios técnicos, económicos y legales del presente acuerdo de voluntades, el Supervisor realizara reuniones de seguimiento cada tres meses o según la necesidad con el contratista. Durante estas reuniones se abordarán, temas como: ➢ **Indicadores**: Verificación del cumplimiento de los indicadores pactados. ➢ **Operación**: Evaluación de los procesos de autorización, referencia y contrarreferencia, asegurando la eliminación de barreras de acceso según lo definido en el acuerdo de voluntades. ➢ **Criterios Técnicos**: Revisión de las condiciones definidas en el Anexo 2.1. ➢ **Análisis Financiero:** proceso de radicación de facturas, estado de glosas y flujo de pagos, conforme a los plazos establecidos y/o las normas concordantes. ➢ **Ejecución Contractual**: Balance del consumo presupuestal y otros aspectos necesarios para la correcta prestación de servicios y tecnologías en salud. ➢ **Documentos**: Si llegado el caso, dentro de la verificación que realiza el supervisor se requiere algún documento, el contratista debe suministrar la información o documentación. Si existen alguna reserva legal se debe comunicar mediante escrito. ➢ **Evaluación y Planes de Mejora**: Según la novedad establecer planes de mejora cuando los resultados del seguimiento lo ameriten. Dichos compromisos deberán quedar consignados expresamente en el acta de la reunión, la cual servirá de soporte para el seguimiento de su cumplimiento **Nota:** se levantará un acta de los temas tratados con el soporte de asistencia, este documento el supervisor la publicará en el SECOP II – ejecución del contrato.		
3	**CAPACIDAD OPERATIVA**: El oferente deberá **CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO** suscrito por el Representante Legal de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura de instalaciones, capacidad técnica y tecnológica para prestar los servicios que oferta. Igualmente certificará que sus instalaciones y equipos cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta debiendo anexar suficiente material fotográfico donde se evidencie lo certificado, debiendo cumplir con las siguientes condiciones. • Debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..." • Debe contar con una sala de espera que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación.		

	• **DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN** El servicio se prestará ininterrumpidamente desde el inicio hasta la finalización del contrato sin excepción, en el horario de atención será la disponibilidad de agenda determinada por contratista. • Debe contar con instalaciones y equipos que cumplan con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta (Procedimientos y tomas de exámenes). • Los elementos, equipos y accesorios para la prestación del servicio deben ser suministrados por la IPS contratada. • Cumplir con la Resolución 465 de 2025, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, modifica la Resolución 3100 de 2019."Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". Cumplir con **ATRIBUTOS DE CALIDAD** enmarcados en el Decreto 780 del 2016, relacionados con oportunidad, pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad en la atención de los pacientes. Debe contar con la capacidad técnica y tecnológica acordes para la prestación del servicio que se oferta.		
4	**Constancia de Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.** El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones, incluida la Resolución 465 de 2025, y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan. De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento del Meta para cada servicio ofertado los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar. • 706 -LABORATORIO CLÍNICO • 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO **DEBERAN ANEXARSE A LA PROPUESTA**.		
5	**Recurso humano** El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el formato idoneidad del Recurso Humano. **ITEM** | **PERFIL** | **CANTIDAD** 1 | Bacteriólogos | 2 2 | Auxiliares de Laboratorio Clínico | 2 3 | Funcionario Facturador | 1 **Nota 1:** Motivo por el cual el oferente deberá presentar las hojas de vida y soportes del personal vinculado al proyecto; la verificación del personal calificado se realizará una vez adjudicado el contrato, por consiguiente, hará llegar en un tiempo máximo de tres (3) días hábiles, las cuales serán verificadas por el supervisor del contrato, según **Concepto C – 342 de 2020 del junio 9 de 2020, la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente,** con la siguiente información: ➢ Cedula ➢ Diploma y/o acta de grado ➢ Registro RETHUS ➢ Certificación de experiencia mínimo de un año de cada uno del recurso humano ofertando. ➢ Documento que soporte la vinculación del personal con el oferente. ➢ Copia de curso soporte vital básico. ➢ Copia curso de violencia sexual		

	➢ Capacitación en atención domiciliaria **Nota 2:** El oferente deberá prever la totalidad de personal con el fin de cumplir con la prestación, que se requiera (durante el horario de atención establecidos) **Nota 3:** El contratista se compromete a cubrir el servicio en caso de que se requiera con más personal de las mismas características, sin que implique costo adicional para la institución policial. **Nota 4:** El contratista se compromete a cubrir el servicio en caso de que se requiera con más personal de las mismas características, sin que implique costo adicional para la institución policial.		
6	Los servicios se prestarán durante la ejecución del contrato conforme al portafolio, pliegos y oferta; alineados con protocolos y guías técnico-científicas, el Acuerdo 093 de 2025 (Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial) y el Modelo de Atención (MATIS). Igualmente se aplicarán los atributos de calidad (oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficacia) y las buenas prácticas; todo bajo el principio pro homine, privilegiando la interpretación más favorable al derecho a la salud. El supervisor o referencia de la unidad, pueden solicitar el modelo de prestación de servicios de salud o remitir el (MATIS), de la Policía Nacional.		
7	El **OFERENTE** debe permitir el acceso de los Auditores de la Policía Nacional, con el fin de establecer una verificación exhaustiva y minuciosa con relación a las siguientes variables (servicio prestado, listado de pacientes atendidos, diagnósticos concurridos, adecuación de la sala de procedimientos, comportamiento de la utilización del servicio, adecuación de volumen), para el cumplimiento de manera integral del futuro contrato.		
8	El **OFERENTE** debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto Número 780 del 2016 *"Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*.		
9	El **OFERENTE** dará cumplimiento al Decreto Número 441 del 28 de marzo de 2022 *"Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"*, con relación a las glosas consideradas por el Auditor de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7.		
10	**Disponibilidad para la atención:** Se requiere que los laboratorios clínicos oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional necesaria para prestar los servicios ofertados en la cotización, en los siguientes horarios: Lunes a viernes de 06:00 horas a 16:00 horas como mínimo Sábado de 07:00 horas a 12:00 horas		
11	**INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA USP DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.)** El contratista deberá enviar mensualmente al supervisor del contrato o quien haga sus veces informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes e igualmente deberá Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre entre un 50, 75 y 90 % ejecutado. **2.)** Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la USP o el ordenador del gasto y en ningún caso el contratista se abstendrá de atender a los usuarios sin informar previamente a la institución a través del supervisor del contrato, el rango de ejecución del mismo en ningún caso el contratista podrá superar el 100% del valor contratado sin previa autorización del Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7. **3.)** Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan		

	con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto. **OTROS ASPECTOS (INSTRUCTIVO 013 de 2013- DISAN ACESA) INFORMACIÓN,** Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056/2008, los primeros cinco días de cada mes, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, De igual forma reportara los eventos adversos o incidentes con los respectivos planes de mejoramiento, si llegasen a ocurrir a algunos de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, este reporte es de carácter obligatorio durante los primeros cinco días de cada mes, Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la USP o el ordenador del gasto. Enviar el primer día hábil de cada semana a la USP la información de notificación epidemiológica semanal solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		
12	El contratista deberá informar al jefe de la unidad prestadora de salud Meta y al supervisor del contrato, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento, con el fin de no sobre ejecutar el contrato.		
13	El contratista garantizara el contacto permanente con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Meta, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato, para lo cual deberá asignara un empleado con capacidad de toma de decisiones, con acceso a línea telefónica directa y disponible, que servirá para el intercambio de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto, se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor y garantizar la actualización de este formato.		
14	El oferente debe adjuntar el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Meta antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios.Si la entidad oferente es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad dela Unidad Prestadora de Salud Meta antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. **(ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR)**		
15	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Meta, incluyendo "*LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE"*, dicho reporte se debe diligenciar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo.		
16	Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato		
17	El oferente deberá diligenciar el formulario DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, firmado por el representante legal de la entidad.		
18	El oferente deberá diligenciar el formulario SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, firmado por el representante legal de la entidad.		

19	El oferente deberá diligenciar el formulario COMPROMISO ANTICORRUPCION, firmado por el representante legal de la entidad.		
20	El oferente deberá diligenciar el anexo SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS firmado por el representante legal de la entidad.		
21	El oferente deberá diligenciar el anexo SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL firmado por el representante legal de la entidad.		
22	El contratista debe ofrecer el servicio de transporte de muestras desde la Regional de Aseguramiento en Salud No.7 hasta las instalaciones de su laboratorio, en el evento que se requiera, sin ningún costo adicional		
23	El contratista debe ofrecer el servicio de toma de muestras domiciliarias en el perímetro urbano de Villavicencio en los horarios de lunes a viernes de 06:00 horas a 16:00 horas y los sábados de las 07:00 horas a las 12:00 horas, en el evento que se requiera		
24	El oferente deberá colaborar con el estudio de verificación de información de muestras cuyo análisis, resultado o interpretación sean dudosos. Cuando se presente diferencias entre el reporte inicial y su confirmación, solo será facturada la realización de un solo análisis.		
25	El oferente mediante certificación debera garantizar el análisis y toma de muestras de todos los exámenes contratados, por lo tanto deberá tomar las medidas necesarias para el cumplimiento del contrato, si se requiere tomar muestra fuera de la ciudad, se acarreara el costo del pasaje ida y vuelta del paciente.		
26	El Contratista deberá presentar con la cuenta en (CD APARTE)el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS (en medio magnético), conforme lo establecido en las Resolución Numero 3374 DE 2000 (Diciembre 27) Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, modificada por la resolución 1531 del 28 de abril de 2014, expedidas por el ministerio de la salud y protección social		
27	ENTREGA DE RESULTADOS La entrega se hará a cada usuario y habrá un libro de registro de entrega, en caso de ser necesario se enviara a correo electrónico al laboratorio de la Regional de Aseguramiento en Salud No.7 a demet.upres-lab@policia.gov.co		
28	Los Oferentes Deberán Certificar Por Escrito Que No Se Encuentran Relacionados En El Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A **(Anexar Certificación). Esto se verificará en la página de la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales.**		
29	Cumplir con la nueva legislación ambiental en Colombia y cumplir con los principios del sistema de gestión ambiental, en aplicación a la norma constitucional artículo 8°, 58°, 80° y 95° ley 23 de 1973, decreto 2811 de 1974, ley 99 de 1993, ley 139 de 1994, ley 299 de 1995, Decreto 948 de 1995 y documento CONPES 2834 de 1996; es obligación del contratista que cualquier infracción de carácter ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como su responsabilidad. **CLAUSULA AMBIENTAL:** Dentro de las obligaciones del contratista deberá diligenciar el ANEXO: • Las relacionadas con la aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar. • Indicar que cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, será asumida como su responsabilidad, y sobre el particular como la periodicidad con que se debe presentar informes. • La obligación de presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de quienes realizarán dicha disposición, ya sean contratistas nacionales o extranjeros. • En los casos de tener personal bajo su responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle. Solicitar al contratista en lo posible el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.		

30	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de plano integral y parafiscal (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		
31	El oferente deberá presentar en su oferta certificación de participación vigente, en un Programa de Control de Calidad Externo e Interno, por cada una de las secciones ofertadas, expedida por la casa comercial distribuidora del programa.		
32	El oferente deberá presentar certificación vigente, que cumple con la normatividad que aplica para el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas, muestras biológicas, según Decreto 1609, de Julio 31 de 2002 "*Por el cual se reglamenta el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas por carretera*". O habilitación de transporte estra mural y a domicilio.		
33	El oferente, para las pruebas de estimulación, deberá incluir el medicamento de estímulo, para la realización del examen el cual estará incluido dentro del costo prueba.		
34	El Oferente deberá brindar asesoría científica al Responsable del laboratorio cuando se requiera, en lo atinente al objeto del presente estudio		
35	El mensajero deberá recoger las muestras de pacientes hospitalizados, en urgencias, en observación y en UCI de la red externa contratada, o red propia si se requiere, según se solicite por el laboratorio.		
36	Durante la ejecución del contrato, se podrán incluir exámenes de laboratorio clínico especializado que no hayan sido incluidos en el presente proceso, cuando fueren exámenes ordenados por tutela o comité técnico científico o que estén incluidos en el acuerdo 002, previa autorización del supervisor del contrato. El valor del examen será establecido previa solicitud de mínimo dos cotizaciones por parte del supervisor del contrato, de las cuales se tomará el valor más favorable para la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.		
37	El oferente deberá asumir como su responsabilidad cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubiese sido necesaria tramitar antes del inicio del servicio.		
38	Cuando el examen no sea realizado en la ciudad, y el usuario se deba desplazar a otra ciudad, estos pasajes de ida y vuelta serán asumidos por el proveedor, en bus intermunicipal a la tarifa actual del procesamiento del examen.		
39	Matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato		
40	Constancia que los colaboradores vinculados para la ejecución de las actividades contractuales cuentan con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual		
41	El oferente deberá diligenciar el Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional		
42	Disposición final, residuos peligrosos: El oferente asegurará que los terceros contratados para el transporte, tratamiento y/o disposición final de los residuos peligrosos y especiales generados en las actividades de servicios de salud, tengan los respectivos permisos y/o licencias ambientales vigentes emitidas por autoridad ambiental competente. Para lo cual entregará al supervisor copia de dichos documentos de todos y cada uno de los terceros que realizan actividades de gestión de residuos peligrosos y especiales.		
43	El oferente deberá diligenciar el Formato de idoneidad de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional		
44	El **Laboratorio** se compromete a colaborar activamente con el **Contratante** en la implementación y cumplimiento del **Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA)**. El **Laboratorio** deberá: • Realizar los exámenes de laboratorio de acuerdo con los protocolos establecidos por el PROA, que incluyen la correcta identificación de microorganismos resistentes y la interpretación adecuada de los resultados en función de las recomendaciones del PROA. • Asesorar al **Contratante** sobre las mejores prácticas en la administración de antimicrobianos basadas en los resultados de los exámenes microbiológicos. • Enviar informes **MENSUALES** que indiquen las tendencias de resistencia antimicrobiana observadas, conforme a las estrategias del PROA, y realizar las recomendaciones necesarias para la optimización del uso de antibióticos. **Análisis de Datos de Resistencia Antimicrobiana mediante WHONET** El **Laboratorio** se compromete a utilizar el software **WHONET** para el análisis y la interpretación de los datos relacionados con la resistencia antimicrobiana de los microorganismos aislados en los exámenes solicitados por el **Contratante**. En particular: • El **Laboratorio** deberá realizar el análisis de los resultados de resistencia antimicrobiana de los exámenes de laboratorio utilizando WHONET, generando reportes detallados sobre la prevalencia de resistencias y su evolución a lo largo del tiempo.		

	• Los resultados obtenidos a través de WHONET se compartirán con el **Contratante** en un formato comprensible, indicando las tendencias, la evolución de las resistencias y las recomendaciones sobre el uso adecuado de antimicrobianos. • El **Laboratorio** deberá revisar los patrones de resistencia identificados en los análisis realizados mediante WHONET y alertar al **Contratante** sobre cualquier tendencia preocupante que requiera una intervención urgente, conforme a las directrices del PROA. • El **Laboratorio** podrá incluir los análisis de WHONET en los informes **MENSUALES** para evaluar el impacto del **PROA** y la eficacia de las estrategias de optimización de antimicrobianos. **Reportes Periódicos y Evaluación** **Reportes Periódicos y Evaluación del PROA y Resultados de WHONET** El **Laboratorio** se compromete a entregar al **Contratante** informes periódicos (mensuales.) sobre los siguientes puntos: • Resumen de los resultados de los exámenes de laboratorio, con énfasis en los patrones de resistencia antimicrobiana identificados a través de los análisis realizados con **WHONET**. • Análisis de la efectividad del **PROA** en la optimización del uso de antimicrobianos, destacando cualquier área de mejora. • Recomendaciones basadas en los resultados de los análisis de WHONET y las tendencias observadas en el uso de antimicrobianos, con el fin de ajustar las estrategias del PROA si es necesario. **Manejo de Datos y Confidencialidad** **Confidencialidad y Manejo de Datos** El **Laboratorio** se compromete a manejar toda la información relacionada con los resultados de los exámenes, así como los análisis generados mediante **WHONET**, con estricta confidencialidad, cumpliendo con todas las normativas vigentes en materia de protección de datos personales y aseguramiento de la confidencialidad de los registros y hallazgos médicos.		
45	El oferente realizará un control del valor de la ejecución del contrato, por lo cual no se puede exceder el valor contratado, en caso de que se exceda estos valores, no serán cancelados por el contratante.		
46	**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 al cual allegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros: en tal virtud, adoptara 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 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.		
47	**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 solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial: a. aquellas 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 está sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.		
48	**Cumplimiento de normatividad:** El contratista acatara los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que le sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 del 2012 y de la ley 1712 del 2004, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de los cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución N° 08310 del 2016, por la cual se expide el manual de seguridad de la información para la Policía Nacional.		
49	Presentar los Indicadores de calidad e indicadores de las Rutas Integrales de Atención en Salud (materno perinatal, salud mental, infancia y adolescencia y de cáncer) según la resolución 3280 de 2018 (por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población		

	Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación), para hacer seguimiento e implementar planes de mejoramiento continuo para la atención de los pacientes con periodicidad semestral.		
50	Dar cumplimiento a la resolución 3280 de 2018 en la aplicación e implementación de los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, de igual forma contribuir de forma proactiva a las diferentes actividades conceptos, apoyo y/o requerimientos del modelo de atención integral en SALUD-MATIS, así como el acatamiento de la diferente normatividad basada en el marco y cumplimiento de los principios, objetos y elementos estratégicos descrito en el acuerdo 070 del 08/08/2019 y la resolución 0144 del 01/03/2022.		
	Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) permitirán realizar la visita de la auditoria de la Regional de Aseguramiento en Salud con el fin de verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud -SOGCS.		
51	Las EAPB deberán cumplir con la atención a la población con enfoque diferencial del subsistema de salud de la Policía Nacional permitiendo un fácil acceso a los servicios prestados de conformidad con los odelos de atención establecidos para tal fin.		
52	**OBLIGACIÓN DE REPORTE DETALLADO NOMINAL Y GESTIÓN DE RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD.** *OBLIGACIÓN INTEGRAL: EL CONTRATISTA, en su calidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en cumplimiento a la Resolución 3280 de 2018, se obliga de manera irrevocable a entregar a EL CONTRATANTE el Reporte Detallado de Datos Nominales de las atenciones realizadas por curso de vida de la ejecución de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) incluyendo las intervenciones de protección específica y detección temprana (tamizajes de agudeza visual, auditiva, riesgo cardiovascular, entre otras.). Y su cumplimiento no es discrecional, sino que se fundamenta en la articulación de acciones para la gestión integral del riesgo en salud (Ley 1438 de 2011).* ***PARÁGRAFO PRIMERO** – CARÁCTER INEXE CUSABLE: EL CONTRATISTA acepta que la inexistencia de un sistema de información propio o dificultades técnicas internas no lo eximen de la obligación de entrega del reporte nominal.* ***PARÁGRAFO SEGUNDO** – PLAZO Y MEDIO DE ENVÍO: El reporte deberá remitirse dentro de los primeros cinco (5) días calendario de cada mes, al correo electrónico institucional: demet.rase7-gdr@policia.gov.co.*		
53	**COORDINADOR:** El proponente deberá designar un empleado con poder de decisión para la canalización y resolución de todos aquellos aspectos relacionados con la atención a los usuarios durante la ejecución del contrato, quien estará en permanente comunicación con el supervisor del contrato. **Nota 1:** El contratista se compromete a cubrir el servicio en caso de que se requiera con más personal de las mismas características, sin que implique costo adicional para la institución policial. **Nota 2:** El proponente deberá certificar que durante la ejecución del contrato como mínimo el personal de auxiliares de enfermería estará vinculado laboralmente al proponente. Por lo cual se compromete a presentar junto a la cuenta de cobro, la planilla de pago de la seguridad social y parafiscales en la cual se evidencie que se encuentran vinculados como empleados del proponente los auxiliares de enfermería que prestan los servicios objeto del presente contrato Deberá diligenciar la con la siguiente información: **Nombres y apellidos:** Diligenciar el nombre completo **Cargo:** Diligenciar el cargo **Numero celular:** Diligenciar el numero **Correo electrónico:** Diligenciar correo electrónico de notificaciones		
54	El oferente deberá anexar en formato Excel sin bloqueo, el listado de clasificación única de procedimientos en salud (**CUPS**) con el valor de cada uno de los servicios ofertados, el cual deberá		

	corresponder a los valores con el porcentaje ofertado, con el fin de ingresarlos al aplicativo **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (SISAP WEB)** de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa, así : **No** | **CÓDIGO CUPS** | **DESCRIPCIÓN** | **VALOR PACTADO** | | |		
55	**SARLAFT – PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA. EL CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento que: Los recursos, bienes y activos relacionados con el presente contrato provienen de actividades lícitas; No participa, ni ha participado en actividades relacionadas con lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción o delitos conexos; Ni él, ni sus representantes, beneficiarios finales o personas vinculadas aparecen reportados en listas restrictivas nacionales o internacionales, incluyendo la Lista OFAC (conocida como Lista Clinton), listas de sanciones del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas u otras listas vinculantes o utilizadas para prevención del riesgo; e obliga a suministrar información veraz, completa y actualizada cuando sea requerida por EL CONTRATANTE; Autoriza la consulta y verificación de información en bases de datos, centrales de información y listas restrictivas El incumplimiento de esta obligación facultará a **EL CONTRATANTE** para terminar unilateralmente el contrato, sin perjuicio de las acciones legales correspondientes.		
56	**OBLIGACIÓN DE REPORTE DETALLADO NOMINAL Y GESTIÓN DE RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD**. *OBLIGACIÓN INTEGRAL: EL CONTRATISTA, en su calidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en cumplimiento a la Resolución 3280 de 2018, se obliga de manera irrevocable a entregar a EL CONTRATANTE el Reporte Detallado de Datos Nominales de las atenciones realizadas por curso de vida de la ejecución de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) incluyendo las intervenciones de protección específica y detección temprana (tamizajes de agudeza visual, auditiva, riesgo cardiovascular, entre otras.). Y su cumplimiento no es discrecional, sino que se fundamenta en la articulación de acciones para la gestión integral del riesgo en salud (Ley 1438 de 2011).* ***PARÁGRAFO PRIMERO** – CARÁCTER INEXE CUSABLE: EL CONTRATISTA acepta que la inexistencia de un sistema de información propio o dificultades técnicas internas no lo eximen de la obligación de entrega del reporte nominal.* ***PARÁGRAFO SEGUNDO** – PLAZO Y MEDIO DE ENVÍO: El reporte deberá remitirse dentro de los primeros cinco (5) días calendario de cada mes, al correo electrónico institucional: demet.rase7-gdr@policia.gov.co., milena.alvarez@correo.policia.gov.co*		
	COORDINADOR: El proponente deberá designar un empleado con poder de decisión para la canalización y resolución de todos aquellos aspectos relacionados con la atención a los usuarios durante la ejecución del contrato, quien estará en permanente comunicación con el supervisor del contrato. **Nota 1:** El contratista se compromete a cubrir el servicio en caso de que se requiera con más personal de las mismas características, sin que implique costo adicional para la institución policial. **Nota 2:** El proponente deberá certificar que durante la ejecución del contrato como mínimo el personal de auxiliares de enfermería estará vinculado laboralmente al proponente. Por lo cual se compromete a presentar junto a la cuenta de cobro, la planilla de pago de la seguridad social y parafiscales en la cual se evidencie que se encuentran vinculados como empleados del proponente los auxiliares de enfermería que prestan los servicios objeto del presente contrato Deberá diligenciar la con la siguiente información:		

	Nombres y apellidos: Diligenciar el nombre completo **Cargo:** Diligenciar el cargo **Numero celular:** Diligenciar el numero **Correo electrónico:** Diligenciar correo electrónico de notificaciones		
57	El oferente deberá anexar en formato Excel sin bloqueo, el listado de clasificación única de procedimientos en salud (**CUPS**) con el valor de cada uno de los servicios ofertados, el cual deberá corresponder a los valores con el porcentaje ofertado, con el fin de ingresarlos al aplicativo **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (SISAP WEB)** de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa, así **No** | **CÓDIGO CUPS** | **DESCRIPCIÓN** | **VALOR PACTADO**		
58	**SARLAFT – PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA. EL CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento que: Los recursos, bienes y activos relacionados con el presente contrato provienen de actividades lícitas; No participa, ni ha participado en actividades relacionadas con lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción o delitos conexos; Ni él, ni sus representantes, beneficiarios finales o personas vinculadas aparecen reportados en listas restrictivas nacionales o internacionales, incluyendo la Lista OFAC (conocida como Lista Clinton), listas de sanciones del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas u otras listas vinculantes o utilizadas para prevención del riesgo; e obliga a suministrar información veraz, completa y actualizada cuando sea requerida por EL CONTRATANTE; Autoriza la consulta y verificación de información en bases de datos, centrales de información y listas restrictivas El incumplimiento de esta obligación facultará a **EL CONTRATANTE** para terminar unilateralmente el contrato, sin perjuicio de las acciones legales correspondientes.		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

El oferente deberá marcar si cumple o no cumple con las condiciones técnicas relacionadas anteriormente, de igual forma, anexar las certificaciones y/o documentos solicitados en los diferentes ítems.

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	90	LABORATORIO CLÍNICO		
2	901	MICROBIOLOGÍA (BACTERIOLOGÍA, PARASITOLOGÍA, MICOLOGÍA Y VIROLOGÍA)		
3	9010	ANTIBIOGRAMA Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
4	901001B	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)		
5	901002B	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO		
6	901003B	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL		
7	901004B	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
8	901007B	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
9	901008B	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD		
10	901009B	**DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO)		
11	90.1.1	COLORACION		
12	901101B	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]		
13	901102B	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros		
14	901107B	**COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA INCLUYE: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL		
15	901109B	**COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA INCLUYE: CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS		

10	901111B	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS		
11	9012	CULTIVOS, AISLAMIENTO Y PRUEBAS DE IDENTIFICACION		
18	901202B	**Bordetella pertussis CULTIVO		
19	901203B	**Brucella CULTIVO		
20	901204B	**Clostridium botulinum CULTIVO		
21	901205B	**Clostridium difficile CULTIVO		
22	901206B	**COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
23	901207B	**Corynebacterium difteriae CULTIVO		
24	901209B	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
25	901210B	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA		
26	901211B	**CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA		
27	901212B	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA		
28	901213B	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		
29	901214B	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA		
30	901215B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA		
31	901216B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA		
32	901217B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES INCLUYE: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
33	901218B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA		
34	901220B	**Helicobacter pylori CULTIVO		
35	901221B	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
36	901222B	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA		
37	901223B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		
38	901224B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA		
39	901225B	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA		
40	901229B	**MYCOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO		
41	901230B	**MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO		
42	901232B	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO		
43	901233B	**Neisseria meningitidis CULTIVO		
44	901235B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE		
45	901236B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) INCLUYE: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE		
46	901237B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)		
47	901240B	**IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO		
48	9013	IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS		
49	901302B	**Demodex EXAMEN DIRECTO		
50	901304B	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA INCLUYE: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL		
51	901305B	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)		
52	901306B	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR		
53	901309B	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
54	901310B	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA		
55	901311B	**Leptospira SEROTIPIFICACION		
56	901313B	**Mycobacterium IDENTIFICACION		
57	901317B	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX		
58	901321B	**Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)		
59	901322B	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION		
60	901324B	**Filaria EXAMEN DIRECTO		
61	901325B	**EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA		
62	901326B	**Leishmania EXAMEN DIRECTO		
63	9015	OTRAS PRUEBAS		
64	901502B	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum		
65	902	HEMATOLOGIA		
66	9020	PRUEBAS DE COAGULACION		
67	902001B	**ADHESIVIDAD PLAQUETARIA		
68	902002B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]		
69	902003B	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA		
70	902006B	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA		
71	902007B	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA		
72	902008B	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL		
73	902009B	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL		
74	902010B	**PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA		
75	902011B	**PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL		

76	902012B	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]		
77	902014B	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]		
78	902016B	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]		
79	902017B	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]		
80	902018B	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION		
81	902019B	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND		
82	902020B	**FACTOR X [STUART PROWER]		
83	902021B	**FACTOR XI [PTA]		
84	902022B	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]		
85	902023B	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]		
86	902024B	**FIBRINOGENO		
87	902027B	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]		
88	902029B	**PLASMINOGENO		
89	902030B	**PRECALICREINA		
90	902031B	**PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO		
91	902032B	**PROPERDINA FACTOR B		
92	902033B	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD		
93	902034B	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO		
94	902035B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD		
95	902036B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL		
96	902037B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE		
97	902039B	**RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)		
98	902041B	**RETRACCION DE COAGULO		
99	902044B	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS		
100	902045B	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		
101	902048B	**TIEMPO DE TROMBINA		
102	902049B	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		
103	902050B	**HEPARINA COFACTOR II		
104	902052B	**CRIOFIBRINOGENO		
105	902053B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES		
106	902054B	**INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR		
107	902055B	**INHIBIDOR DE FACTOR II		
108	902056B	**INHIBIDOR DE FACTOR IX		
109	902057B	**INHIBIDOR DE FACTOR V		
110	902058B	**INHIBIDOR DE FACTOR VII		
111	902059B	**INHIBIDOR DE FACTOR VIII		
112	902060B	**INHIBIDOR DE FACTOR X		
113	902061B	**INHIBIDOR DE FACTOR XI		
114	902062B	**INHIBIDOR DE FACTOR XII		
115	902063B	**PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2		
116	902067B	**UNION DE VON WILLEBRAND A COLAGENO: (VWF:CB)		
117	902068B	**UNION DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)		
118	902069B	**MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)		
119	902071B	**FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE		
120	902072B	**ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND		
121	902074B	**ANTIGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS		
122	902075B	**ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS		
123	902077B	**INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND		
124	902079B	**ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LUPICO Incluye: Pruebas confirmatorias		
125	9021	PRUEBAS NO RUTINARIAS		
126	902101B	**CELULAS L.E.		
127	902102B	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA		
128	902103B	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA		
129	902104B	**DIMERO D AUTOMATIZADO		
130	902105B	**DIMERO D MANUAL		
131	902106B	**ERITROPOYETINA		
132	902107B	**FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS		
133	902108B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA		
134	902109B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA		
135	902110B	**HEMOGLOBINA A 2		
136	902111B	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA		
137	902112B	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA		
138	902113B	**HEMOGLOBINA PLASMATICA		
139	902114B	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL		
140	902115B	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]		
141	902116B	**HIERRO MEDULAR EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA		
142	902118B	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA		

143	902119B	**PRUEBA DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA		
144	902121B	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]		
145	902123B	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO		
146	902124B	**MICROSCOPIA ELECTRONICA PLAQUETARIA		
147	9022	PRUEBAS RUTINARIAS		
148	902204B	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL		
149	902205B	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		
150	902206B	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA		
151	902207B	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL		
152	902208B	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO		
153	902209B	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO		
154	902210B	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		
155	902211B	**HEMATOCRITO		
156	902213B	**HEMOGLOBINA		
157	902214B	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA		
158	902215B	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA		
159	902216B	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)		
160	902218B	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA		
161	902219B	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL		
162	902220B	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		
163	902221B	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL		
164	902223B	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL		
165	902224B	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO		
166	902226B	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]		
167	902227B	**HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICE ERITROCITARIO, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIO, MORFOLOGIA ELECTRONICA, RECUENTO AUTOMATIZADO DE CELULAS MADURAS E INMADURAS, DISPERSOGRAMAS 2D Y 3D E HISTOGR		
168	903	QUIMICA SANGUINEA Y DE OTROS FLUIDOS CORPORALES		
169	9030	PRUEBAS NO RUTINARIAS		
170	903001B	**ALFA 2 MACROGLOBULINA		
171	903003B	**BICARBONATO		
172	903004B	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
173	903005B	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		
174	903006B	**CAROTENOS		
175	903007B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H		
176	903008B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA		
177	903009B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H		
178	903010B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA		
179	903011B	**DEOXIPIRIDINOLINA		
180	903013B	**ESPERMOGRAMA COMPLETO Incluye: ACIDO CITRICO, ACIDO ASCORBICO, FRUCTOSA, GLICEROL FOSFORIL COLINA		
181	903016B	**FERRITINA		
182	903017B	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA		
183	903019B	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO		
184	903020B	**HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA		
185	903021B	**HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA		
186	903022B	**HOMOCISTEINA		
187	903023B	**HIDROXIPROLINA EN ORINA		
188	903024B	**LACTOGENO PLACENTARIO		
189	903025B	**METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS		
190	903026B	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		
191	903027B	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS		
192	903028B	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA		
193	903030B	**MIOGLOBINA CARDIACA		
194	903031B	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO		
195	903032B	**N-TELOPEPTIDO		
196	903033B	**OSMOLARIDAD EN ORINA		
197	903034B	**OSMOLARIDAD EN SUERO		
198	903035B	**OSTEOCALCINA		
199	903036B	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE		
200	903037B	**PIRIDINOLINA EN ORINA		

201	903038B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS		
202	903039B	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE		
203	903040B	**PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL		
204	903041B	**PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS		
205	903042B	**PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]		
206	903043B	**PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY		
207	903044B	**SATURACION DE TRANSFERRINA INCLUYE: DETERMINACION DE HIERRO SERICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACION DEL HIERRO		
208	903045B	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA		
209	903046B	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA		
210	903047B	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL		
211	903048B	**PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]		
212	903049B	**PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR		
213	903050B	**ALFAFETOPROTEINA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR		
214	903051B	**UROPORFIRINAS CUALITATIVAS		
215	903052B	**CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS		
216	903053B	**CITRATOS EN ORINA PARCIAL		
217	903054B	**C-TELOPEPTIDO		
218	903056B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL		
219	903057B	**PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE		
220	903058B	**METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL		
221	903059B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS		
222	903060B	**ANTIOXIDANTES TOTALES		
223	903061B	**DELTA DE PCO2 EN ORINA		
224	903062B	**MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA		
225	903064B	**HEMOPEXINA		
226	903065B	**PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)		
227	903066B	**PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO]		
228	903067B	**METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
229	903068B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
230	903069B	**NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
231	9031	PRUEBAS PARA ACIDOS		
232	903101B	**ACIDOS BILIARES TOTALES		
233	903102B	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS		
234	903103B	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS		
235	903104B	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS		
236	903105B	**ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO		
237	903106B	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS		
238	903107B	**ACIDO FORMICO EN ORINA		
239	903108B	**ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA		
240	903109B	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS		
241	903110B	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO		
242	903111B	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO		
243	903112B	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]		
244	903113B	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS		
245	903114B	**ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS		
246	9032	PRUEBAS PARA AMINOACIDOS		
247	903202B	**FENILALANINA CUALITATIVA		
248	9033	PRUEBAS PARA CARBOHIDRATOS		
249	903301B	**GALACTOSA CUANTITATIVA		
250	903302B	**CURVA DE LACTOSA		
251	9034	PRUEBAS PARA ENZIMAS		
252	903401B	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]		
253	903402B	**ALDOLASA		
254	903405B	**ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO		
255	903406B	**ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA		
256	903407B	**ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE		
257	903408B	**ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL		
258	903409B	**APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA		
259	903410B	**APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA		
260	903411B	**APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA		
261	903412B	**APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA		
262	903416B	**CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA		
263	903417B	**CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA		
264	903419B	**COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]		
265	903420B	**COLINESTERASA SERICA		

265	903421B	**COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS		
267	903422B	**COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA		
268	903423B	**D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION		
269	903424B	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA		
270	903425B	**FRUCTOSAMINA		
271	903426B	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		
272	903427B	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA		
273	903428B	**HEMOSIDERINA EN ORINA		
274	903430B	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA		
275	903431B	**LIPOPROTEINA A		
276	903432B	**NUCLEOTIDASA 5		
277	903433B	**PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA		
278	903434B	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA		
279	903435B	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS		
280	903436B	**TROPONINA I CUALITATIVA		
281	903437B	**TROPONINA I CUANTITATIVA		
282	903438B	**TROPONINA T CUALITATIVA		
283	903439B	**TROPONINA T CUANTITATIVA		
284	903440B	**TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
285	903442B	**CUANTIFICACION DE OTRA ENZIMA (ESPECIFICA)		
286	9035	PRUEBAS PARA LIQUIDOS		
287	903503B	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)		
288	903504B	**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)		
289	903505B	**LIQUIDO SINOVIAL CRISTALES		
290	903506B	**OTROS LIQUIDOS (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS)		
291	9036	PRUEBAS PARA MINERALES		
292	903601B	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS		
293	903602B	**AMONIO		
294	903603B	**CALCIO AUTOMATIZADO		
295	903604B	**CALCIO IONICO		
296	903605B	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]		
297	903608B	**ZINC		
298	903609B	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS		
299	903610B	**ALUMINIO EN ORINA PARCIAL		
300	903611B	**ALUMINIO EN SUERO		
301	903612B	**ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA		
302	903613B	**ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION INDIRECTA		
303	903614B	**MAGNESIO IONICO		
304	9037	PRUEBAS PARA VITAMINAS		
305	903701B	**VITAMINA A [RETINOL]		
306	903702B	**VITAMINA B1 [TIAMINA]		
307	903703B	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]		
308	903704B	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]		
309	903705B	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]		
310	903706B	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]		
311	903707B	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]		
312	903708B	**VITAMINA E [TOCOFEROL]		
313	903709B	**VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]		
314	903711B	**VITAMINA K		
315	9038	PRUEBAS RUTINARIAS		
316	903801B	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
317	903802B	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS		
318	903803B	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
319	903804B	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS		
320	903805B	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
321	903806B	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS		
322	903807B	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)		
323	903808B	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]		
324	903809B	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
325	903810B	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO		
326	903811B	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS		
327	903812B	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO		
328	903813B	**CLORO EN SANGRE		
329	903814B	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS		
330	903815B	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		

331	903816B	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO		
332	903817B	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO		
333	903818B	**COLESTEROL TOTAL		
334	903819B	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA		
335	903820B	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA		
336	903821B	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]		
337	903822B	**CREATINA		
338	903823B	**CREATININA DEPURACION		
339	903824B	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		
340	903826B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA		
341	903827B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE		
342	903828B	**DESHIDROGENASA LACTICA		
343	903829B	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS		
344	903830B	**FOSFATASA ACIDA		
345	903831B	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA		
346	903832B	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA		
347	903833B	**FOSFATASA ALCALINA		
348	903834B	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO		
349	903835B	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
350	903836B	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS		
351	903837B	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO		
352	903838B	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA		
353	903839B	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		
354	903840B	**GLUCOSA EN ORINA		
355	903841B	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
356	903842B	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA		
357	903843B	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
358	903844B	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA EXCLUYE: 90.3.8.84, 90.3.8.85, 90.3.8.86, 90.3.8.87, 90.3.8.88, 90.3.8.89, 90.3.8.90, 90.3.8.91, 90.3.8.92, 90.3.8.93 Y 90.3.8.94		
359	903846B	**HIERRO TOTAL		
360	903847B	**LIPASA		
361	903849B	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)		
362	903850B	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)		
363	903851B	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)		
364	903852B	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)		
365	903853B	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)		
366	903854B	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
367	903855B	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS		
368	903856B	**NITROGENO UREICO		
369	903857B	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS		
370	903859B	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
371	903860B	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS		
372	903861B	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]		
373	903862B	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		
374	903863B	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS		
375	903864B	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
376	903865B	**SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		
377	903866B	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		
378	903867B	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]		
379	903868B	**TRIGLICERIDOS		
380	903869B	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS		
381	903870B	**UREA EN ORINA DE 24 HORAS		
382	903871B	**AMILASA EN ORINA PARCIAL		
383	903872B	**SODIO EN ORINA PARCIAL		
384	903873B	**CALCIO EN ORINA PARCIAL		
385	903874B	**PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL		
386	903875B	**FOSFORO EN ORINA PARCIAL		
387	903876B	**CREATININA EN ORINA PARCIAL		
388	903877B	**ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL		
389	903878B	**POTASIO EN ORINA PARCIAL		
390	903879B	**MAGNESIO EN ORINA PARCIAL		
391	903880B	**CLORO EN ORINA PARCIAL		
392	903881B	**CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS		
393	903883B	**GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]		

394	903884B	**TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)		
395	903885B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)		
396	903886B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)		
397	903887B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)		
398	903888B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)		
399	903889B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)		
400	903890B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)		
401	903891B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)		
402	903892B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
403	903893B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
404	903894B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)		
405	903895B	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
406	904	ENDOCRINOLOGIA		
407	9040	PRUEBAS PARA FUNCION CARDIOVASCULAR		
408	904001B	**ANGIOTENSINA II		
409	904002B	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA		
410	904004B	**RENINA TOTAL		
411	904005B	**RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA		
412	904006B	**LEPTINA		
413	9041	PRUEBAS PARA FUNCION DE HIPÓFISIS		
414	904101B	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]		
415	904102B	**HORMONA ANTIDIURETICA		
416	904103B	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA		
417	904104B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]		
418	904105B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE		
419	904106B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA		
420	904107B	**HORMONA LUTEINIZANTE		
421	904108B	**PROLACTINA		
422	904109B	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)		
423	904111B	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA PRE Y POST CADA MUESTRA		
424	9042	PRUEBAS PARA FUNCION DE HIPOTALAMO E HIPÓFISIS Incluye SUSTANCIA DE ESTIMULO		
425	904201B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA		
426	904202B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA		
427	904203B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA		
428	904204B	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION		
429	904205B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO CLONIDINA CADA MUESTRA		
430	904206B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCAGON CADA MUESTRA		
431	904207B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA		
432	904208B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO INSULINA CADA MUESTRA		
433	904210B	**PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA		
434	9043011B	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 4 MUESTRAS		
435	9043	PRUEBAS PARA FUNCION DE HIPOTALAMO, HIPÓFISIS Y SUPRARENAL Incluye SUSTANCIA DE ESTIMULO		
436	904301B	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS		
437	904302B	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA		
438	904303B	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS		
439	9044	PRUEBAS PARA FUNCION DE HIPOTALAMO, HIPÓFISIS, OVARIO O SUPRARENAL Incluye SUSTANCIA DE ESTIMULO		
440	904401B	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA		
441	904402B	**HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA		
442	904403B	**INHIBINA A		

443	904404B	**INHIBINA B		
444	904405B	**MACROPROLACTINA		
445	9046	PRUEBAS PARA FUNCIÓN OVÁRICA Y SUPRARENAL		
446	904501B	**ANDROSTENEDIONA		
447	904503B	**ESTRADIOL		
448	904504B	**ESTRIOL		
449	904505B	**ESTRIOL LIBRE		
450	904506B	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)		
451	904507B	**ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
452	904508B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		
453	904509B	**HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA		
454	904510B	**PROGESTERONA		
455	904511B	**HORMONA ANTIMULLERIANA		
456	9048	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE TESTÍCULO		
457	904601B	**TESTOSTERONA LIBRE		
458	904602B	**TESTOSTERONA TOTAL		
459	904603B	**TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA		
460	904605B	**DIHIDROTESTOSTERONA		
461	9047	PRUEBAS PARA FUNCIÓN PANCREÁTICAIncluye:CARGA DE GLUCOSA		
462	904701B	**GLUCAGON		
463	904702B	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA		
464	904703B	**INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)		
465	904704B	**INSULINA (CADA MUESTRA)		
466	904705B	**INSULINA LIBRE		
467	904706B	**PEPTIDO C		
468	904707B	**PROINSULINA		
469	904708B	**SOMATOSTATINA		
470	904709B	**ADIPONECTINA		
471	904710B	**PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C		
472	904711B	**INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)		
473	904712B	**INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)		
474	904713B	**INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)		
475	904714B	**INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)		
476	904715B	**INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)		
477	904716B	**INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
478	904717B	**INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		
479	904718B	**INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)		
480	904719B	**PEPTIDO C PRE Y POST GLUCAGON		
481	904720B	**ELASTASA PANCREATICA		
482	904721B	**PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO		
483	9048	PRUEBAS PARA FUNCIÓN SUPRARENAL		
484	904801B	**ALDOSTERONA		
485	904802B	**ALDOSTERONA EN ORINA		
486	904803B	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA		
487	904804B	**CETOESTEROIDES 17		
488	904805B	**CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS		
489	904806B	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)		
490	904807B	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS		
491	904808B	**DEHIDROEPINANDROSTERONA		
492	904809B	**DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA		
493	904810B	**DEOXICORTISOL 11		
494	904811B	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17		
495	904812B	**CORTISOL AM		
496	904813B	**CORTISOL PM		
497	904815B	**ALDOSTERONA PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO)		
498	9049	PRUEBAS PARA FUNCIÓN TIROIDEA O PARATIROIDEA		
499	904901B	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		
500	904902B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES		
501	904904B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		
502	904905B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO		
503	904906B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO		
504	904907B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS		
505	904908B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS		

506	904909B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE		
507	904910B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE		
508	904912B	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA		
509	904915B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE		
510	904920B	**TIROGLOBULINA		
511	904921B	**TIROXINA LIBRE		
512	904922B	**TIROXINA TOTAL		
513	904923B	**TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)		
514	904924B	**TRIYODOTIRONINA LIBRE		
515	904925B	**TRIYODOTIRONINA TOTAL		
516	904926B	**TIROXINA NORMALIZADA		
517	904927B	**TRIYODOTIRONINA REVERSA		
518	905	MONITOREO DE MEDICAMENTOS Y TOXICOLOGIA		
519	9050	MONITOREO ANESTESICO		
520	905001B	**NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
521	905003B	**NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
522	9051	MONITOREO ANTICOAGULANTES		
523	905102B	**WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
524	905103B	**WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
525	905106B	**NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR XA (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)		
526	9052	MONITOREO ANTICONVULSIVANTES		
527	905201B	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		
528	905202B	**ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO		
529	905203B	**BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
530	905204B	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
531	905205B	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA		
532	905206B	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA		
533	905208B	**ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA		
534	905210B	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS		
535	905213B	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS		
536	905214B	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO		
537	9053	MONITOREO ANTIDEPRESIVOS, ANTIMANIATICOS Y NEUROLEPTICOS		
538	905301B	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO		
539	905302B	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
540	905303B	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA		
541	905304B	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA		
542	905305B	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN		
543	905306B	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN		
544	905307B	**CLORPROMAZINA		
545	905308B	**FENCICLIDINA		
546	905309B	**FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO		
547	905310B	**FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
548	905312B	**LITIO AUTOMATIZADO		
549	905313B	**LITIO SEMIAUTOMATIZADO		
550	9054	MONITOREO ANTIMICROBIANOS		
551	905401B	**AMIKACINA AUTOMATIZADO		
552	905404B	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA		
553	905409B	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO		
554	905410B	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO		
555	905416B	**ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO		
556	9055	MONITOREO DE CITOSTATICOS		
557	905502B	**CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
558	905503B	**TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
559	905504B	**METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
560	905505B	**EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
561	9056	MONITOREO DIGITALICOS, CARDIOVASCULARES Y BRONCODILATADOR		

562	905601B	**DIGITOXINA AUTOMATIZADO		
563	905602B	**DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO		
564	905603B	**DIGOXINA AUTOMATIZADO		
565	905604B	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO		
566	905606B	**NITROPRUSIATO DE SODIO		
567	905607B	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO		
568	905608B	**TEOFILINA AUTOMATIZADO		
569	9057	NIVELES TOXICOLOGICOS		
570	905701B	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO		
571	905702B	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO		
572	905703B	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO		
573	905704B	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO		
574	905705B	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO		
575	905706B	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO		
576	905707B	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL		
577	905708B	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
578	905709B	**ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO		
579	905710B	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA		
580	905711B	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA		
581	9057121B	**BIPIRIDILO, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA + INCLUYE: PARAQUAT U OTROS		
582	905713B	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS		
583	905714B	**CAFEINA AUTOMATIZADO		
584	905715B	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO		
585	905716B	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA		
586	905717B	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: MARIHUANA		
587	905718B	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO		
588	905719B	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		
589	905720B	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO		
590	905721B	**CIANUROS AUTOMATIZADO		
591	905722B	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO		
592	905723B	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO		
593	905724B	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL		
594	905725B	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		
595	905726B	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO		
596	905727B	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS		
597	905730B	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO		
598	905731B	**MERCURIO AUTOMATIZADO		
599	905734B	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
600	905735B	**METADONA MANUAL		
601	905736B	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS		
602	905737B	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO		
603	905738B	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO		
604	905739B	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA		
605	905740B	**OPIACEOS MANUAL INCLUYE: MORFINA Y CODEINA		
606	905741B	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS		
607	905742B	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS		
608	905743B	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS		
609	905745B	**PIRETRINAS MANUAL		
610	905746B	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO		
611	905749B	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
612	905750B	**PRIMIDONA MANUAL		
613	905751B	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO		
614	905752B	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
615	905755B	**SALICILATOS AUTOMATIZADO		
616	905756B	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO		
617	905758B	**SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO Incluye: BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS		
618	905759B	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS		
619	905760B	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO		
620	905761B	**FENOL SEMIAUTOMATIZADO		
621	905762B	**ACIDO HIPURICO SEMIAUTOMATIZADO		
622	9058	NIVELES DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPEUTICAS		
623	905801B	**NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA) Excluye: CATEGORIAS 90.5.0. - 90.5.7.		
624	906	INMUNOLOGÍA Y MARCADORES TUMORALES		

625	9060	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS		
626	906001B	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO		
627	906002B	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL		
628	906003B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
629	906004B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		
630	906005B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
631	906006B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		
632	906007B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
633	906008B	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
634	906009B	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
635	906012B	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
636	906013B	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL		
637	906014B	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
638	906016B	**CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
639	906017B	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
640	906018B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
641	906019B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
642	906020B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
643	906021B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
644	906022B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
645	906023B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
646	906024B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
647	906025B	**HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
648	906027B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
649	906028B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
650	906029B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
651	906030B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
652	906032B	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
653	906033B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
654	906034B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
655	906035B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
656	906036B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
657	906038B	**Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B		
658	906039B	**TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
659	906040B	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
660	906041B	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
661	906045B	**Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
662	906046B	**Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
663	906047B	**Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
664	906048B	**Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
665	906049B	**Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
666	906052B	**Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
667	9061	DETERMINACION DE ANTICUERPOS CONTRA HONGOS Y PARASITOS		
668	906102B	**Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL		
669	906103B	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
670	906104B	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
671	906105B	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
672	906106B	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
673	906107B	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
674	906108B	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
675	906110B	**Echinococcus ANTICUERPOS		
676	906111B	**Coccidioides ANTICUERPOS		
677	906113B	**Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
678	906114B	**Entamoeba histolítica ANTICUERPOS MANUAL		
679	906115B	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
680	906116B	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
681	906117B	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
682	906118B	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
683	906119B	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS		
684	906120B	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS		
685	906121B	**Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
686	906122B	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
687	906125B	**Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

688	906126B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
689	906127B	**TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO		
690	906128B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
691	906129B	**TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO		
692	906130B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
693	906131B	**TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
694	906134B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
695	906138B	**SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
696	906139B	**SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
697	906140B	**Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
698	906141B	**Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
699	9062	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS		
700	906201B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
701	906202B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL		
702	906203B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
703	906204B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL		
704	906205B	**CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
705	906206B	**CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
706	906207B	**DENGUE ANTICUERPOS IG G		
707	906208B	**DENGUE ANTICUERPOS IG M		
708	906209B	**DENGUE ANTICUERPOS TOTALES		
709	906210B	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
710	906211B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
711	906212B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
712	906213B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
713	906214B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
714	906215B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
715	906216B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
716	906217B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
717	906218B	**HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
718	906219B	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
719	906220B	**HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
720	906221B	**HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
721	906222B	**HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
722	906223B	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
723	906224B	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA		
724	906225B	**HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
725	906226B	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
726	906227B	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
727	906228B	**HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
728	906229B	**HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
729	906230B	**HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
730	906231B	**HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
731	906232B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
732	906233B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
733	906234B	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G		
734	906235B	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M		
735	906236B	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G		
736	906237B	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M		
737	906238B	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
738	906239B	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
739	906241B	**RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO		
740	906242B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		
741	906243B	**RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO		
742	906244B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		
743	906245B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
744	906246B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
745	906247B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

746	906248B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
747	906249B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS		
748	906250B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA		
749	906251B	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
750	906253B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G		
751	906254B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M		
752	906255B	**Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
753	906256B	**HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO		
754	906258B	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
755	906259B	**Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
756	906260B	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL		
757	906261B	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL		
758	906262B	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL		
759	906263B	**Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL		
760	906264B	**Rubeola ANTICUERPOS MANUAL		
761	906265B	**SarampiOn ANTICUERPOS MANUAL		
762	906266B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
763	906267B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
764	906268B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
765	906269B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
766	906270B	**SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G		
767	906271B	**SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M		
768	9063	DETERMINACIÓN DE ANTIGENOS MICROBIOLÓGICOS		
769	906301B	**Adenovirus ANTIGENO		
770	906302B	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1		
771	906303B	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
772	906304B	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: BRUCELLA ABORTUS, SALMONELLA PARATYPHI A Y B, TIPHY H Y O, PROTEUS OX19		
773	906306B	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
774	906307B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
775	906308B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL		
776	906314B	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO		
777	906315B	**Entamoeba histolltica ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
778	906316B	**Giardia lamblia MANUAL		
779	906317B	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]		
780	906318B	**HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
781	906319B	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
782	906320B	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
783	906321B	**Influenza ANTIGENO		
784	906322B	**Legionella spp ANTIGENO		
785	906323B	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO		
786	906324B	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO		
787	906325B	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
788	906326B	**ROTAVIRUS ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
789	906327B	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL		
790	906328B	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL		
791	906329B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO		
792	906331B	**Streptococcus pneumoniae ANTIGENO		
793	906332B	**Hepatitis B [HBsAg] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA		
794	906333B	**Aspergillus spp ANTIGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
795	906334B	**CAndida spp ANTIGENO		
796	906336B	**Giardia lamblia ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
797	906337B	**Histoplasma capsulatum ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
798	906338B	**PLASMODIUM SPP ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
799	906339B	**Clostridium difficile ANTIGENO A Y B		
800	906340B	**SARS COV 2 [COVID-19] ANTIGENO		
801	906341B	**DENGUE ANTIGENO MANUAL		
802	9064	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECIFICOS		
803	906401B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO		
804	906404B	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
805	906405B	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
806	906406B	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
807	906407B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
808	906408B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
809	906409B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IGM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

810	906410B	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
811	906411B	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
812	906413B	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
813	906414B	**CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
814	906415B	**CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO		
815	906416B	**DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO		
816	906417B	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
817	906418B	**DNA N ANTICUERPOS MANUAL		
818	906419B	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
819	906420B	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
820	906421B	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
821	906422B	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO INCLUYE: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL		
822	906423B	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL		
823	906424B	**HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
824	906425B	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
825	906426B	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
826	906428B	**ISOLEUCOAGLUTININAS		
827	906429B	**Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
828	906430B	**SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
829	906431B	**MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
830	906432B	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
831	906433B	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL		
832	906434B	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
833	906435B	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS		
834	906436B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
835	906437B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL		
836	906438B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
837	906440B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO		
838	906441B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL		
839	906442B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO		
840	906443B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
841	906444B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO		
842	906445B	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
843	906446B	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
844	906447B	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
845	906448B	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO		
846	906450B	**PROTEINA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
847	906453B	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
848	906454B	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
849	906455B	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
850	906456B	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
851	906457B	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS		
852	906458B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO		
853	906459B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL		
854	906460B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO		
855	906462B	**TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS		
856	906463B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		
857	906464B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL		
858	906465B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		
859	906466B	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
860	906467B	**HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
861	906468B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
862	906469B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
863	906470B	**ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
864	906471B	**ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
865	906472B	**ENDOMISIO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

866	906473B	**ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
867	906474B	**GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
868	906475B	**GLIADINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
869	906476B	**GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
870	906477B	**TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
871	906478B	**TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
872	906479B	**TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
873	906480B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
874	906481B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
875	906482B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
876	906483B	**ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
877	906484B	**MICROSOMALES HIGADO Y RINON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
878	906485B	**MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
879	906486B	**PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
880	906487B	**NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
881	906488B	**GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
882	906489B	**GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
883	906490B	**ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
884	906491B	**TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
885	906492B	**ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
886	906493B	**N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
887	906494B	**21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Excluye: 90.6.4.29 Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
888	906497B	**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2		
889	906498B	**IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECIFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Excluye: Aquellas determinaciones de anticuerpos que tienen descripciOn especlfica		
890	9065	PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD		
891	906501B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)		
892	906502B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)		
893	906503B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B		
894	906504B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR		
895	906506B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)		
896	906509B	**ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA Incluye: ANALISIS DE INCOMPATIBILIDADES ACEPTABLES		
897	906512B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A		
898	906513B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION		
899	906514B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ		
900	906517B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27		
901	906518B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C		
902	906519B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP		
903	906520B	**ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)		
904	906521B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO		
905	906522B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO		
906	906523B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO		
907	906524B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO		
908	906525B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I		
909	906526B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II		
910	906527B	**PRUEBA DE QUIMERISMO Incluye: PRE Y POST TRASPLANTE		
911	9066	MARCADORES TUMORALES		
912	906601B	**ACIDO SIALICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
913	906602B	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
914	906603B	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
915	906604B	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
916	906605B	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
917	906606B	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
918	906610B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
919	906611B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
920	906612B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
921	906613B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO		

922	906614B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO		
923	906620B	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
924	906621B	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
925	906622B	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
926	906623B	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
927	906624B	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
928	906625B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
929	906626B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
930	906627B	**CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
931	906628B	**PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
932	9067	DETERMINACION DE POBLACIONES CELULARES		
933	906702B	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
934	906704B	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
935	906706B	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
936	906707B	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA		
937	906708B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
938	906709B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA		
939	906711B	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
940	906712B	**LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
941	906714B	**LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
942	906718B	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
943	906720B	**LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
944	906723B	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA		
945	906725B	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
946	906729B	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
947	906730B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
948	906731B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
949	906732B	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
950	906735B	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
951	906736B	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
952	906738B	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
953	906739B	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA		
954	906741B	**LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA		
955	906744B	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
956	906746B	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
957	906748B	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
958	906749B	**MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
959	906751B	**PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
960	906754B	**LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
961	906755B	**EXPRESION DE PERFORINAS EN CELULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
962	906756B	**PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
963	906759B	**LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
964	906760B	**LINFOCITOS NK: EXPRESION DE CD107a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
965	906761B	**LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
966	906762B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
967	906763B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACION CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
968	906764B	**LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
969	906766B	**MONOCITOS CD14		
970	906768B	**SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
971	906769B	**SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
972	906770B	**SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS T (AYUDADORES Y CITOTOXICOS VIRGENES Y DE MEMORIA CENTRAL Y EFECTORA) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		

973	906771B	**EXPRESION DE CD40 EN LINFOCITOS B		
974	906772B	**EXPRESION DE CD40L EN LINFOCITOS T		
975	906774B	**EXPRESION DE IFNGR1 E IL12RB1 EN LINFOCITOS		
976	906776B	**LINFOPROLIFERACION A ANTI-CD3+ ANTI-CD28		
977	906777B	**LINFOPROLIFERACION A MITOGENO Incluye: TOXOIDE TETANICO, Y DERIVADO PROTEICO PURIFICADO - PPD, FITOHEMAGLUTININA -PHA, ENTRE OTROS.		
978	906782B	**LINFOCITOS T NK INVARIANTES		
979	906783B	**LINFOCITOS T DOBLEMENTE NEGATIVOS TCR ALFA-BETA		
980	906784B	**LINFOCITOS T REGULADORES		
981	906785B	**LINFOCITOS T EMIGRANTES TIMICOS		
982	9068	PRUEBAS ESPECIALES		
983	906801B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
984	906802B	**CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA		
985	906805B	**COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
986	906806B	**COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
987	906810B	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
988	906811B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
989	906812B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
990	906813B	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		
991	906814B	**FAGOCITOSIS ESTUDIO		
992	906818B	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
993	906822B	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
994	906823B	**INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
995	906824B	**INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO		
996	906825B	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA		
997	906826B	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO		
998	906827B	**INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO		
999	906828B	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO		
1000	906829B	**INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO		
1001	906830B	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1002	906831B	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO		
1003	906832B	**INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO		
1004	906833B	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1005	906834B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1006	906835B	**INMUNOGLOBULINA E [IG E] SEMIAUTOMATIZADO		
1007	906836B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO		
1008	906837B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1009	906838B	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1010	906839B	**RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUIMICA		
1011	906841B	**PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1012	906842B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1013	906843B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1014	906845B	**TOXOIDE DIFTERICO ANTICUERPOS Ig G		
1015	906846B	**TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS Ig G		
1016	906847B	**PROCALCITONINA MANUAL		
1017	906848B	**INTERFERON GAMMA [GAMMAINTERFERON]		
1018	906851B	**CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1019	906852B	**INTERLEUQUINA 1		
1020	906853B	**INTERLEUQUINA 6		
1021	906854B	**FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)		
1022	906855B	**TIROSINQUINASA SOLUBLE (SFLT1)		
1023	906858B	**HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA		
1024	9069	PRUEBAS RUTINARIAS		
1025	906901B	**AGLUTININAS AL FRIO		
1026	906902B	**AGLUTININAS AL CALOR		
1027	906903B	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1028	906904B	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
1029	906905B	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO		
1030	906906B	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO		
1031	906907B	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO		
1032	906908B	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO		
1033	906910B	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1034	906911B	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL		

1035	906912B	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1036	906913B	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		
1037	906914B	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
1038	906915B	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL		
1039	906917B	**CRIOGLOBULINAS		
1040	907	MICROSCOPIA		
1041	9070	PRUEBAS DE COPROLOGIA		
1042	907001B	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES		
1043	907002B	**COPROLOGICO		
1044	907003B	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION		
1045	907004B	**COPROSCOPICO INCLUYE: PH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS		
1046	907005B	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)		
1047	907006B	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]		
1048	907007B	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]		
1049	907008B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		
1050	907009B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)		
1051	907012B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS		
1052	907013B	**COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS		
1053	907014B	**COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS		
1054	907015B	**ESTEATOCRITO ACIDO		
1055	907016B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL CUANTITATIVA		
1056	9071	PRUEBAS EN ORINA		
1057	907101B	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA		
1058	907102B	**HEMOGLOBINURIA		
1059	907103B	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL		
1060	907104B	**RECUENTO DE ADDIS		
1061	907105B	**RECUENTO HAMBURGUER		
1062	907106B	**UROANALISIS		
1063	907107B	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL		
1064	907108B	**GLOBULOS ROJOS MORFOLOGIA EN ORINA		
1065	907109B	**DENSIDAD URINARIA		
1066	9072	OTRAS PRUEBAS		
1067	907201B	**ESPERMOGRAMA BASICO INCLUYE: MORFOLOGIA Y RECUENTO		
1068	907202B	**MOCO CERVICAL ANALISIS		
1069	907203B	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)		
1070	908	GENETICA Y ERRORES METABOLICOS		
1071	9083	PRUEBAS PARA ERRORES METABOLICOS		
1072	908303B	**GANGLIOSIDOS CUALITATIVOS		
1073	908305B	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD		
1074	908308B	**ACIDO OROTICO		
1075	908309B	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS INCLUYE: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO, ENTRE OTROS		
1076	908310B	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO		
1077	908311B	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA		
1078	908312B	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO		
1079	908313B	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL		
1080	908314B	**CISTINA CUANTITATIVA		
1081	908316B	**FENILALANINA CUANTITATIVA		
1082	908318B	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS		
1083	908320B	**GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD		
1084	908324B	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD		
1085	908325B	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD		
1086	908326B	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD		
1087	908327B	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD		
1088	908328B	**GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS		
1089	908329B	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO		
1090	908330B	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD		
1091	908331B	**BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD		
1092	908332B	**HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD		
1093	908333B	**OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS		
1094	908334B	**ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD		
1095	908335B	**ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD		
1096	908337B	**RELACION LACTATO/PIRUVATO		
1097	908338B	**AMINOACIDOS CUANTITATIVOS		
1098	908340B	**CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS		
1099	908341B	**ACIDO SIALICO CUANTITATIVO		
1100	908342B	**GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS		

1101	908343B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO		
1102	908344B	**IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD		
1103	908345B	**GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD		
1104	908346B	**BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD		
1105	9083472B	**ACIDO LACTICO CURVA POST GLUCOSA (4 MUESTRAS)		
1106	908347B	**ACIDO LACTICO CURVA POST GLUCOSA		
1107	908348B	**ACIDO LACTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUEMICO		
1108	908349B	**OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)		
1109	908350B	**OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)		
1110	908351B	**PTERINAS CUANTITATIVAS		
1111	908353B	**GALACTOSA 1 FOSFATO		
1112	908354B	**TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO		
1113	908355B	**BIOTINIDASA ACTIVIDAD		
1114	908356B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO		
1115	908357B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO		
1116	908408B	**CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]		
1117	908409B	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL		
1118	908411B	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS		
1119	908413B	**ERBB2 [HER-2/NEU] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU"		
1120	908414B	**PRUEBA DE CROMATINA		
1121	908418B	**ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (ESPECIFICOS)		
1122	908419B	**ESTUDIOS GENETICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECIFICO)		
1123	9084201B	**ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) (EPIDERMOLISIS BULLOSA)		
1124	908420B	**ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS)		
1125	908421B	**ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECIFICOS)		
1126	908422B	**ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECIFICOS)		
1127	908423B	**ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS)		
1128	908424B	**ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECIFICAS)		
1129	908426B	**METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACION		
1130	908427B	**F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A		
1131	908428B	**HFE (HEMOCROMATOSIS)		
1132	908433B	**BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA		
1133	908434B	**BRCA1 Y BRCA2 MUTACION FAMILIAR CONOCIDA		
1134	908438B	**EXTRACCION DE ACIDOS NUCLEICOS		
1135	908439B	**CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA		
1136	908440B	**PATERNIDAD O FILIACION PRUEBA		
1137	908441B	**FACTOR DE LEIDEN MUTACION		
1138	908442B	**ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE GENOMA COMPLETO		
1139	908443B	**ESTUDIO MOLECULAR DE ADN LIBRE CIRCULANTE (ESPECIFICO)		
1140	908444B	**ESTUDIO MOLECULAR DE EXPANSION DE MUTACIONES DINAMICAS (ESPECIFICO)		
1141	908445B	**ESTUDIO MOLECULAR DE ARN O MICRO ARN (ESPECIFICO)		
1142	908446B	**ESTUDIO MOLECULAR DE METILACION O IMPRONTA [IMPRINTING] EN GENES (ESPECIFICO)		
1143	908447B	**ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE EXOMA (ESPECIFICO)		
1144	908448B	**CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECIFICO)		
1145	9086	OTRAS PRUEBAS PARA ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO		
1146	908601B	**ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICION DE CADA UNA		
1147	908604B	**ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICION DE CADA UNA		
1148	908609B	**ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS		
1149	908610B	**CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA		
1150	9088	OTRAS PRUEBAS MOLECULARES PARA MICROORGANISMOS		
1151	908802B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA GENOTIPO		
1152	908803B	**Hepatitis B GENOTIPO		
1153	908804B	**Citomegalovirus GENOTIPO		
1154	908805B	**Citomegalovirus CARGA VIRAL		
1155	908806B	**Hepatitis B CARGA VIRAL		
1156	908807B	**Hepatitis C CARGA VIRAL		
1157	908808B	**Herpes simplex CARGA VIRAL		
1158	908809B	**BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL		
1159	908810B	**JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL		
1160	908811B	**Epstein-Barr CARGA VIRAL		
1161	908812B	**Adenovirus CARGA VIRAL		
1162	908813B	**Parvovirus CARGA VIRAL		
1163	908832B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL		
1164	908833B	**Hepatitis C GENOTIPO		
1165	908855B	**IDENTIFICACION DE OTRA BACTERIA (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES		
1166	908856B	**IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES		
1167	908857B	**IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES		
1168	908858B	**IDENTIFICACION DE OTRO HONGO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES		

1169	908859A	PANEL ARTICULAR		
1170	908859B	**IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES		
1171	908859G	PANEL GASTROINTESTINAL		
1172	908859M	PANEL MENINGITIS		
1173	908859N	PANEL NEUMONIA		
1174	908859R	PANEL RESPIRATORIO		
1175	908859S	PANEL PARA SEPSIS		
1176	908861B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA DETECCION DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1177	908862B	**CITOMEGALOVIRUS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1178	908865B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1179	908866B	**HEPATITIS B IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1180	908867B	**Toxocara spp IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1181	908868B	**TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1182	908869B	**Varicela zoster IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1183	908870B	**EPSTEIN BARR IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1184	908871B	**HEPATITIS C IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1185	908872B	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1186	908873B	**MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1187	908874B	**Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1188	908875B	**Mycobacterium leprae IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1189	908876B	**Leishmania IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1190	908877B	**Clostridium difficile IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1191	908878B	**Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1192	908879B	**BORDETELLA PERTUSSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1193	908880B	**BORDETELLA PARAPERTUSSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1194	908881B	**HAEMOPHILUS INFLUENZAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1195	908882B	**NEISSERIA MENINGITIDIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1196	908883B	**Hepatitis E IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1197	908885B	**Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1198	908886B	**Adenovirus IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1199	908887B	**Histoplasma IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1200	908888B	**Chlamydia IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1201	908889B	**Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1202	908890B	**DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		
1203	908891B	**IDENTIFICACION DE GENES DE RESISTENCIA PARA MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES		
1204	911001B	**ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA		
1205	911002B	**ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION EN TUBO		
1206	911003B	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA		
1207	911004B	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO		
1208	911005B	**ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA Incluye: CUALQUIER TECNICA		
1209	911006B	**ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION EN TUBO Incluye: CUALQUIER TECNICA		
1210	911007B	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA		
1211	911008B	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO		
1212	911009B	**COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA		
1213	911010B	**COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO		
1214	911011B	**FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO		
1215	911012B	**FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTIGENO		
1216	911013B	**FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA		
1217	911014B	**FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTIGENO EN TUBO		
1218	911015B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA		

1219	911016B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO		
1220	911017B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA		
1221	911018B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO		
1222	911019B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA		
1223	911020B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO		
1224	911023B	**ESTUDIO DEL ANTIGENO Rh D VARIANTE POR MICROTECNICA		
1225	911024B	**ESTUDIO DEL ANTIGENO Rh D VARIANTE EN TUBO		
1226	911034B	**DETECCION DE ISOAGLUTININAS EN TUBO		
1227	911035B	**DETECCION DE ISOAGLUTININAS POR MICROTECNICA		
1228	911036B	**TITULACION DE ISOAGLUTININAS EN TUBO		
1229	911037B	**TITULACION DE ISOAGLUTININAS POR MICROTECNICA		
1230	911038B	**DETERMINACION DEL ANTIGENO H EN EL GLOBULO ROJO O EN OTROS FLUIDOS CUALQUIER TECNICA		
1231	860205B	**TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]		
1232		TOMA DE MUESTRA domiciliaria		
1233	912102B	TOMA DE MUESTRA domiciliaria perímetro urbano		
1234	ITEM	AMPOLLAS DE ESTIMULACION		
1235		ESTIMULO ACTH AMPOLLA DE 0,25 mg		
1236		ESTIMULO GLUCAGON AMPOLLA		
1237		ESTIMULO GnLH-RH LIBERADORA AMPOLLA 100ug		
1238		NO INCLUIDO DEBE PASAR POR EPS		
1239	903070	IDENTIFICACIÓN DE OTRA PROTEÍNA (ESPECÍFICA)		
1240	903201	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTÍMULO BH-4		
1241	903441	IDENTIFICACIÓN DE OTRA ENZIMA (ESPECÍFICA)		
1242	903882	PRUEBA DE RIFAMPICINA (4 MUESTRAS)		
1243	903896	Cistatina C		
1244	905209	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA		
1245	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
1246	905415	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO		
1247	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO		
1248	905747	PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO		
1249	905757	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		
1250	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1251	906703	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA		
1252	906705	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA		
1253	906727	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUÍMICA		
1254	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUÍMICA		
1255	906734	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
1256	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA		
1257	906753	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUÍMICA		
1258	P906801	**PEPSINOGENO 1		
1259	906857	FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL		
1260	908315	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA		
1261	908323	GLUCÓGENO CURVA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (DETERMINACIÓN DE GLUCOSA Y ÁCIDO LÁCTICO)		
1262	908602	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS, MEDICIÓN DE CADA UNA		
1263	908603	ENZIMAS GLICOLÍTICAS, MEDICIÓN DE CADA UNA		
1264	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA		
1265	908860	Plasmodium especies IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES		
1266	908892	Virus del Papiloma Humano VPH GENOTIPO		

En caso de requerirse otros procedimientos que no figuren en la lista anterior pero que estén contemplados en el Acuerdo No.093 del 08 de octubre de 2025 **PLAN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL (PSTS)** y autorizados por el CTC, la IPS podrá realizarlos previa autorización de la Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7. El valor del procedimiento será el menor valor del estudio de mercado realizado por el supervisor del contrato

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: El oferente deberá diligenciar en la totalidad los ítems de cumple **SI** o **NO**.

REQUISITOS MINIMOS ACUERDOS DE VOLUNTADES CON ERP
(DECRETO 441-2022

TEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	
		SI	NO
1	El **CONTRATISTA** dará cumplimiento al Decreto Número 441 del 28 de marzo de 2022 *"Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"*, con relación a las glosas consideradas por el Auditor de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7.		
	Artículo 2.5.3.4.2.1 Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la Prestación de servicios y tecnologías en salud. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, adelantarán una etapa de negociación que tendrá como mínimo los siguientes elementos:		
	1. Por parte de las entidades responsables de pago:		
	1.1. El modelo de atención en salud.		
	1.2. La caracterización de la población o el análisis de situación en salud, según corresponda y conforme con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la información adicional que se requiera para que los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud estén en capacidad de identificar las condiciones de salud de la población que será atendida, de acuerdo con la modalidad de pago a convenir.		
	Elementos comunes a las partes:		
	4.1. Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud -SOGCS, aquellos que dan cuenta de los resultados en salud definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, incluyendo las de obligatorio cumplimiento y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago y demás que sean requeridos según la normativa vigente.		
	4.2. Modelo de auditoría para las partes, que debe cumplir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio, así como las disposiciones del SOGCS y la revisoría de cuentas, conforme con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Los sistemas de información y demás mecanismos, cuyo uso sea necesario para la ejecución, registro y seguimiento del cumplimiento del objeto contractual.		
	4.3. Identificación de los riesgos previsibles propios del acuerdo de voluntades, diferente de los riesgos técnico y primario, su tipificación y los mecanismos de administración y distribución de sus efectos, para ser tenidos en cuenta en las obligaciones asumidas por las partes		
	Parágrafo. Las partes que suscriban el acuerdo de voluntades deberán conservar la evidencia del proceso de negociación, así como los insumos y soportes respectivos, lo **cual hará parte integral del acuerdo de voluntades.**		
	Artículo 2.5.3.4.2.2 Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud,		
	Con independencia de la o las modalidades de pago, los contenidos y elementos esenciales de los acuerdos de voluntades, estos deberán contener como mínimo lo siguiente:		
	1. Objeto determinado.		
	2. Plazo de duración del acuerdo y de ejecución de las obligaciones.		
	3. Lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.		

	4. Base de datos georreferenciada de la población objeto de atención para las intervenciones individuales, o las estimaciones poblacionales y sus características epidemiológicas para las intervenciones colectivas y su mecanismo de actualización, que incluya la periodicidad, según la modalidad de pago.		
	5. Relación de los servicios de salud habilitados sujetos a contratación, en los acuerdos de voluntades celebrados con prestadores de servicios de salud, conforme con lo registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.		
	6. Relación de tecnologías en salud objeto de contratación.		
	7. Red Integral de Prestación de Servicios de Salud a la que pertenecen los prestadores de servicios de salud, habilitada y registrada en el módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y su articulación con los proveedores de tecnologías de salud, en los términos establecidos en el artículo 2.5.3.4.7.3 de este Decreto, así como la complementariedad en servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la población a atender y el lugar de prestación o provisión.		
	8. La modalidad o modalidades de pago y los mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica.		
	9. El listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención, según el objeto contractual y los mecanismos acordados para su entrega y actualización.		
	10. Nota Técnica, según la modalidad de pago.		
	11. Las tarifas de acuerdo con la modalidad de pago pactada.		
	12. Las rutas integrales de atención en salud obligatorias y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago, y sus lineamientos técnicos y operativos, según el objeto contractual.		
	13. Identificación de los servicios y tecnologías de salud que requieren autorización para su prestación o provisión y mecanismo expedito para su trámite.		
	14. Mecanismos para la coordinación del proceso de referencia y contrarreferencia, cuando aplique.		
	15. Los indicadores pactados, estableciendo la periodicidad a su seguimiento, la cual en ningún caso podrá ser superior al plazo del acuerdo		
	16. El proceso periódico de seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades.		
	17. La especificación de los reportes de obligatorio cumplimiento que se deben remitir a las entidades responsables de pago conforme al objeto del acuerdo de voluntades, así como los procesos de entrega, acorde con los términos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.,		
	18. Los plazos de pago, los cuales no pueden exceder lo establecido en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 57 de la Ley 1438 de 2011 y 3 de la Ley 2024 de 2020, según el caso.		
	19. Los mecanismos para la solución de conflictos que sean acordados.		
	20. Los mecanismos y términos para la renovación automática, terminación y liquidación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta los artículos 2.5.3.4.6.1. y 2.5.3.4.6.2 de este decreto y la normatividad aplicable en cada caso.		
	21. Los incentivos pactados, de acuerdo con el artículo 2.5.3.4.2.5 de este decreto.		
	22. La metodología para determinar el cumplimiento de las frecuencias mínimas o periodicidad per cápita y el debido proceso para realizar los descuentos en caso de incumplimiento, de acuerdo con el artículo 2.5.3.4.5.5 de este decreto.		
	Parágrafo. Las entidades responsables de pago garantizarán el acceso oportuno a la información de la población a ser atendida, asegurando su calidad, depuración y la actualización oportuna de las novedades, a través de bases de datos georreferenciadas o mediante los mecanismos de verificación de derechos al momento de la atención, la cual deberá corresponder con lo registrado en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA-, así como la requerida para el cumplimiento de las disposiciones que reglamentan la factura electrónica de venta en el sector salud.		

SEGUIMIENTO A LA CALIDAD, GESTIÓN Y RESULTADOS DEL ACUERDO DE VOLUNTADES (CONTRATO)

- Cuando la población o las frecuencias se afecten por ajustes en la red o subred integral e integrada de servicios de salud de EL CONTRATANTE.
- Cuando exista variación superior al 20% en el perfil de morbilidad, frente a la caracterización poblacional entregada por EL CONTRATANTE.
- Cuando se requiera la priorización a nivel territorial de la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud, en atención a la respuesta a indicadores priorizados de salud pública y atención primaria en salud.

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

Los siguientes son los indicadores de calidad, gestión y resultados que se tendrán en cuenta como parte de la evaluación de la atención integral a la población objeto del contrato:

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

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

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

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

Verde (Óptimo): El resultado cumple plenamente con los estándares y cronogramas pactados, situándose dentro del rango de normalidad esperado.
Amarillo (Insuficiente): Se identifican desviaciones menores o metas alcanzadas parcialmente. Requiere atención Inmediata y ajustes para evitar el escalamiento a niveles críticos.

Rojo (Deficiente): El resultado está significativamente por debajo de los niveles mínimos aceptables, indicando un Incumplimiento que compromete los objetivos del contrato.
Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

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

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

INDICADORES DE REPORTE MENSUAL (Reporte Resolución 256 de 2016)

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Proporción de satisfacción global del usuario del servicio	**Numerador:** Número de usuarios que califican como *buena* o *muy buena* su experiencia global respecto a la atención recibida en el servicio. **Denominador:** Número total de usuarios que respondieron la encuesta de satisfacción.	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
Calidad / Oportunidad	Tiempo promedio de programación de consultas, exámenes diagnósticos y procedimientos	**Numerador:** Sumatoria de la diferencia en días calendario entre la fecha de solicitud del servicio y la fecha de prestación del mismo. **Denominador:** Total de servicios prestados en el período evaluado.	**Óptimo:** Mismo día (0 días) **Aceptable:** 1 día **En alerta:** 2 días **Crítico:** ≥ 3 días
Calidad / Seguridad del paciente	Tasa de eventos adversos durante la realización de exámenes diagnósticos y procedimientos	**Numerador:** Número de usuarios que presentan eventos adversos durante la realización de exámenes diagnósticos y procedimiento **Denominador:** Total de usuarios atendidos en el servicio	**Óptimo:** 0% **Aceptable:** > 0% y ≤ 1% **En alerta:** > 1% y ≤ 2% **Crítico:** > 2%

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Seguridad	Proporción de eventos adversos relacionados con la realización de exámenes diagnósticos	**Numerador:** Número de eventos adversos reportados relacionados con la realización de exámenes diagnósticos **Denominador:** Total de usuarios atendidos en el servicio.	**Óptimo:** 0% **Aceptable:** > 0% y ≤ 1% **En alerta:** > 1% y ≤ 2% **Crítico:** > 2%

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL (Seguimiento conjunto programado mediante auditoria)

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Gestión	Oportunidad de Pago	**Numerador:** Total facturas validadas pagadas dentro 30 días. **Denominador:** Total facturas validadas radicadas en el periodo.	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
Gestión	Índice de conversión de servicios facturados	**Numerador:** Total servicios de fisiatría efectivamente prestados en el mes anterior. **Denominador:** Total de servicios prestados facturados en el mes inmediatamente siguiente.	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
Gestión	Tasa de precisión de facturación	**Numerador:** Total facturas sin glosas en el mes. **Denominador:** Total de facturas radicadas en el mismo periodo.	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
Resultado	Demanda insatisfecha del servicio en el mes	**Numerador:** Total usuarios que no logran acceder a la cita solicitada dentro de la oportunidad definida en la minuta por falta de la oferta, en el periodo evaluado. **Denominador:** Total usuarios que solicitaron cita en el periodo de tiempo	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%

FICHAS INDICADORES

	Indicador No 1 1. Nombre Proporción de satisfacción global	
5	Descripción es un indicador clave de calidad que mide el porcentaje de usuarios que reportan estar satisfechos con la totalidad de la atención reciba en una institución de salud, evaluando aspectos como la calidad del servicio, la comunicación, la accesibilidad y la empatía del personal a través de encuestas aplicadas a pacientes.	
6	Unidad de medida: porcentaje	
7	Formula	**Numerador:** Número de usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global? En el servicio. **Dominador:** Número de usuarios que respondieron la pregunta.
8	Periocidad de medición	Mensual
9	Progresividad de medición	
10	Tipología	Calidad
11	Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
12	Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Resolución 1446 de 2006
13	Meta, umbral o rango esperado	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89%

	En alerta: 70% – 79% **Crítico:** < 70%
14 Paso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10%
15 Fecha de creación: 05/01/2026	

Indicador No 2 1. Nombre oportunidad tiempo promedio de programación de consultas, diagnósticos y procedimientos.	
1. Descripción	
2. Unidad de medida: días	
3. Formula	**Numerador:** Sumatoria de la diferencia de los días candelario entre la fecha en la que se le realiza la toma del servicio y la fecha en la cual el usuario la solicito. **Dominador:** Total citas del servicio asignado en el periodo del tiempo.
4. Periocidad de medición	Mensual
5. Progresividad de medición	
6. Tipología	Calidad
7. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
8. Referente técnico del indicador	Ley 1438 del 2011, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 1552, Resolución 478 y Resolución 256 de 2016.
9. Meta, umbral o rango esperado	< 10 10 > 11 > 15
10. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10%
11. Fecha de creación: 05/01/2026	

Indicador No 3 1. Nombre proporción de eventos adversos de farmacovigilancia tecnovigilancia relacionados realización de exámenes diagnósticos.	
2. Descripción expresa el número de eventos adversos de farmacovigilancia tecnovigilancia relacionados realización de exámenes diagnósticos.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Formula	**Numerador:** Numero de eventos adversos relacionados con farmacovigilancia o tecnovigilancia en el servicio. **Dominador:** Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
5. Periocidad de medición	Mensual
6. Progresividad de medición	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019 y demás disposiciones vigentes. Políticas de seguridad de paciente. Practicas seguras: uso seguir de medicamentos y otras disposiciones vigentes.
10. Meta, umbral o rango esperado	0 0 1 > 1
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6%

12. Fecha de creación: 05/01/2026

Indicador No 4 1. Nombre tasa de caídas en el servicio en el servicio de fisiatría.	
2. Descripción es un estimador de las caídas de pacientes en servicio de fisiatría en un mes de seguimiento.	
3. Unidad de medida: por 1000 personas atendidas en el servicio de fisiatría.	
4. Formula	**Numerador:** Número total de pacientes atendidos en el servicio de fisiatría que sufren caídas en el periodo. **Dominador:** Total de personas atendidas en el servicio de fisiatría en el periodo.
5. Periocidad de medición	Mensual
6. Progresividad de medición	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019 y demás disposiciones vigentes. Políticas de seguridad de paciente. Practicas seguras en prevención y reducción de la frecuencia de caídas en pacientes.
10. Meta, umbral o rango esperado	0 0 1 > 1
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6%
12. Fecha de creación: 05/01/2026	

Indicador No 5 1. Nombre oportunidad de pago (LEY 1122 DE 2007).	
2. Descripción este indicador busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones definidas en cuanto a los procesos de facturación y pagos, definidos en la Ley 1122 de 2007 entre las partes.	
3. Unidad de medida: porcentaje.	
4. Formula	**Numerador:** Total facturas pagadas dentro 45 días. **Dominador:** Total de facturas validas radicadas en el periodo.
5. Periocidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de medición	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará N/A	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007, Resolución 2335 de 2023 (Minsalud) y la Resolución 1886 de 2002 y Resolución 2284 de 2023
10. Meta, umbral o rango esperado	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	4%
12. Fecha de creación: 05/01/2026	

Indicador No 6 1. Nombre oportunidad de pago (LEY 1122 DE 2007).

2.	Descripción se define técnicamente como un indicador de ejecución presupuestal y conciliación de servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto reportado supere los limites financieros asignados, con el fin de detectar desviaciones o sobre ejecuciones de manera temprana.	
3.	Unidad de medida: porcentaje.	
4.	Formula	**Numerador:** Total servicios prestados en el mes anterior en el servicio. **Dominador:** Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente
5.	Periocidad de medición	Trimestral
6.	Progresividad de medición	
7.	Tipología	Gestión
8.	Población sobre la cual se efectuará N/A	
9.	Referente técnico del indicador	
10.	Meta, umbral o rango esperado	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
11.	Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	5%
12.	**Fecha de creación:** 05/01/2026	

	Indicador No 7 1. Nombre de precisión de facturación	
2.	Descripción Se define técnicamente como un indicador de eficiencia y calidad en el proceso de Facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado. Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.	
3.	Unidad de medida: porcentaje.	
4.	Formula	**Numerador:** Total facturas sin glosas en el mes. **Dominador:** Total facturas radicadas en el mismo periodo
5.	Periocidad de medición	Trimestral
6.	Progresividad de medición	
7.	Tipología	Gestión
8.	Población sobre la cual se efectuará N/A	
9.	Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007, Resolución 2335 de 2023 (Minsalud) y la Resolución 1886 de 2002 y Resolución 2284 de 2023
10.	Meta, umbral o rango esperado	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
11.	Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	5%
12.	**Fecha de creación:** 05/01/2026	
	Indicador No 8 1. Nombre de precisión de facturación	

2.	Descripción El indicador de **Demanda Insatisfecha** mide pacientes que no logran citas oportunas (dentro rangos definidos) por falta de oferta de servicios, revelando brechas críticas, especialmente en salud especializada en zonas remotas; su importancia radica en cuantificar la necesidad real, identificar causas (falta de recursos, mala gestión), y orientar decisiones estratégicas para mejorar acceso, calidad y equidad, optimizando recursos y reduciendo listas de espera, crucial para la salud pública y la satisfacción del paciente Se define como la porción de la demanda de servicios de salud (citas especializadas) que no es atendida dentro de los tiempos considerados óptimos debido a la escasez de oferta (pocos especialistas, cupos limitados, barreras geográficas/económicas). Medir la demanda insatisfecha en una institución de salud es una tarea necesaria que ayuda a los responsables de la administración a encontrar puntos débiles en su gestión con el fin de mejorarlos y así garantizar la calidad del servicio y los derechos de los ciudadanos que usan los servicios de salud	
3.	Unidad de medida: porcentaje.	
4.	Formula	**Numerador:** Total usuarios que no logran acceder a la cita solicitada dentro de la oportunidad definida en la multa, por falta de oferta, en el periodo evaluado. **Dominador:** Total usuarios que solicitaron cita en el periodo de tiempo
5.	Periocidad de medición	Trimestral
6.	Progresividad de medición	
7.	Tipología	Resultado
8.	Población sobre la cual se efectuará N/A	
9.	Referente técnico del indicador	Ley 1751 de 2015 y Decreto 1599 de 2022 Modelo PAIS 2016
10.	Meta, umbral o rango esperado	**Óptimo:** ≥ 90% **Aceptable:** 80% – 89% **En alerta:** 70% – 79% **Crítico:** < 70%
11.	Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	5%
12.	**Fecha de creación:** 05/01/2026	

Parágrafo 1: En caso de presentarse eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación de los servicios o tecnologías en salud, así como el cumplimiento de los indicadores pactados, el contratista deberá notificar por escrito al supervisor del contrato y a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, con el fin de adelantar los ajustes y modificaciones contractuales que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022. Canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envió de la información necesaria para la revisión de los indicadores es el correo electrónico del supervisor designado.

Parágrafo 2: En caso de que se presenten eventos NO imprevisibles que afecten el cumplimiento de las metas, umbrales o rangos esperados, el supervisor, como primer mecanismo de acción, realizará una reunión con el contratista con el fin de establecer un plan de mejora. Si, durante el siguiente periodo de medición o revisión del indicador, persiste el incumplimiento de las metas, umbrales o rangos pactados, el supervisor remitirá a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 la información correspondiente (informes, actas de acciones de mejora, entre otros) para el trámite administrativo y contractual a que haya lugar.

El seguimiento de los anteriores indicadores durante la ejecución del contrato o acuerdo de voluntad, deberá contener como mínimo:

1. Caracterización de la población.
2. Resultado del indicador y porcentaje o nivel de cumplimiento.
3. Descripción de avances
4. Fecha de corte.

5. Evaluación técnica, operativa del resultado.
6. Si no se lograron las metas, umbrales o rangos esperados, debe determinarse si existieron factores o circunstancias ajenas a EL CONTRATISTA (prestador o proveedor) que hayan incidido en el resultado, las cuales le eximen de glosa. Si ese fuere el caso, deben formularse acciones de mejora administrativas, asistenciales, que pueden conllevar a la modificación del contrato en cuanto a contenido de nota técnica e indicadores.

Del mismo modo deberá efectuarse seguimiento a las acciones administrativas para mejorar y facilitar los procesos de facturación y de gestión de cuentas médicas, así como a los procesos de referencia y contrarreferencia y a las acciones para la atención con y sin mediación de la autorización

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA/ VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION 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 TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO.		VIGENTE UN 1 AÑO CONTADO A PARTIR DEL RECIBO TOTAL DEL CONTRATO,	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TOMA, PROCESAMIENTO Y LECTURA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA META.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL	NO PODRÁ SER INFERIOR AL CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO, Y EN NINGÚN CASO INFERIOR A DOSCIENTOS SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (200 SMLMV) AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.		VIGENTE POR EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES	5% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO		VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO 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.

ANEXO

OFERTA ECONÓMICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

- El valor ofertado debe incluir el IVA y no pueden superar el **PRECIO TECHO** establecido por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7, como presupuesto para los ítems, so pena de rechazo de su oferta.

- Atendiendo lo dispuesto en el artículo 94 de la Ley 1474, Articulo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y que el presupuesto no sobrepasa el 10% de la menor cuantía para la Policía Nacional, la escogencia recaerá sobre aquella oferta con el precio más bajo en donde se tendrá en cuenta la sumatoria de todos los ítems precio total ofertado incluido IVA.

El precio ofrecido se constituirá en los precios de referencia para el suministro de los elementos y serán los precios que se manejen durante toda la ejecución del contrato.

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO	Valor a ofertar
1	90	LABORATORIO CLÍNICO		
2	901	MICROBIOLOGÍA (BACTERIOLOGÍA, PARASITOLOGÍA, MICOLOGÍA Y VIROLOGÍA)		
3	9010	ANTIBIOGRAMA Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		
4	901001B	**ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$26.308	
5	901002B	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$30.459	
6	901003B	**ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$30.739	
7	901004B	**HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$132.000	
8	901007B	**Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$236.061	
9	901008B	**Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$63.700	
10	901009B	**DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO)	$110.063	
11	90.1.1	COLORACION		
12	901101B	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$8.368	
13	901102B	**COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA Incluye: Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros	$13.250	
14	901107B	**COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA INCLUYE: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$7.808	
15	901109B	**COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA INCLUYE: CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS	$15.253	
16	901111B	**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$24.561	
17	90.1.2	CULTIVOS [AISLAMIENTO Y PRUEBAS DE IDENTIFICACION		
18	901202B	**Bordetella pertussis CULTIVO	$121.000	
19	901203B	**Brucella CULTIVO	$150.775	
20	901204B	**Clostridium botulinum CULTIVO	$91.200	
21	901205B	**Clostridium difficile CULTIVO	$36.653	
22	901206B	**COPROCULTIVO Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$40.399	
23	901207B	**Corynebacterium difteriae CULTIVO	$67.200	
24	901209B	**CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$46.888	

25	901210B	**CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$48.584	
26	901211B	**CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA	$56.522	
27	901212B	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$75.509	
28	901213B	**CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$43.344	
29	901214B	**CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA	$77.017	
30	901215B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA	$51.449	
31	901216B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA	$83.109	
32	901217B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES INCLUYE: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$48.461	
33	901218B	**CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$73.893	
34	901220B	**Helicobacter pylori CULTIVO	$172.079	
35	901221B	**HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$53.447	
36	901222B	**HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$53.447	
37	901223B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$82.377	
38	901224B	**HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$82.377	
39	901225B	**HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$74.482	
40	901229B	**MYCOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$74.771	
41	901230B	**MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	$75.652	
42	901232B	**Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$46.139	
43	901233B	**Neisseria meningitidis CULTIVO	$68.400	
44	901235B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	$38.459	
45	901236B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) INCLUYE: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	$41.497	
46	901237B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	$41.497	
47	901240B	**IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO	$55.710	
48	9013	IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS		
49	901302B	**Demodex EXAMEN DIRECTO	$32.200	
50	901304B	**EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA INCLUYE: SECRECION NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$10.196	
51	901305B	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$7.204	
52	901306B	**EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR	$10.600	
53	901309B	**Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$48.441	
54	901310B	**Leishmania TIPIFICACION POR SONDAS DE DNA	$296.955	
55	901311B	**Leptospira SEROTIPIFICACION	$147.140	
56	901313B	**Mycobacterium IDENTIFICACION	$195.360	
57	901317B	**Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACION POR LATEX	$30.746	
58	901321B	**Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$27.919	
59	901322B	**Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACION	$677.800	
60	901324B	**Filaria EXAMEN DIRECTO	$37.544	
61	901325B	**EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$10.988	
62	901326B	**Leishmania EXAMEN DIRECTO	$24.910	
63	9015	OTRAS PRUEBAS		
64	901502B	**Clostridium TOXINA Incluye: Clostridium difficile, Clostridium botulinum	$167.200	
65	902	HEMATOLOGÍA		
66	9020	PRUEBAS DE COAGULACIÓN		
67	902001B	**ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$149.315	
68	902002B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$147.176	
69	902003B	**AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$148.890	
70	902006B	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$31.262	
71	902007B	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$44.044	
72	902008B	**ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$33.057	
73	902009B	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$41.241	
74	902010B	**PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA	$58.800	
75	902011B	**PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	$55.755	
76	902012B	**FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$86.699	
77	902014B	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$66.483	

78	902016B	**FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$68.625	
79	902017B	**FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$90.012	
80	902018B	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$59.348	
81	902019B	**ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$83.302	
82	902020B	**FACTOR X [STUART PROWER]	$99.000	
83	902021B	**FACTOR XI [PTA]	$90.609	
84	902022B	**FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$98.500	
85	902023B	**FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$128.696	
86	902024B	**FIBRINOGENO	$17.376	
87	902027B	**INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$259.044	
88	902029B	**PLASMINOGENO	$118.809	
89	902030B	**PRECALICREINA		
90	902031B	**PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	$73.822	
91	902032B	**PROPERDINA FACTOR B	$70.800	
92	902033B	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$78.508	
93	902034B	**PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	$119.879	
94	902035B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$78.079	
95	902036B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	$134.765	
96	902037B	**PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$101.200	
97	902039B	**RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$107.600	
98	902041B	**RETRACCION DE COAGULO	$21.700	
99	902044B	**EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$64.000	
100	902045B	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$8.642	
101	902048B	**TIEMPO DE TROMBINA	$33.792	
102	902049B	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$9.994	
103	902050B	**HEPARINA COFACTOR II	$214.500	
104	902052B	**CRIOFIBRINOGENO	$65.000	
105	902053B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	$175.610	
106	902054B	**INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$115.500	
107	902055B	**INHIBIDOR DE FACTOR II	$134.200	
108	902056B	**INHIBIDOR DE FACTOR IX	$134.163	
109	902057B	**INHIBIDOR DE FACTOR V	$136.253	
110	902058B	**INHIBIDOR DE FACTOR VII	$135.749	
111	902059B	**INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$111.772	
112	902060B	**INHIBIDOR DE FACTOR X	$138.600	
113	902061B	**INHIBIDOR DE FACTOR XI	$137.444	
114	902062B	**INHIBIDOR DE FACTOR XII	$136.161	
115	902063B	**PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$446.217	
116	902067B	**UNION DE VON WILLEBRAND A COLAGENO: (VWF:CB)	$409.000	
117	902068B	**UNION DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$667.300	
118	902069B	**MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$488.120	
119	902071B	**FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$1.021.646	
120	902072B	**ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$144.613	
121	902074B	**ANTIGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$508.600	
122	902075B	**ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$874.000	
123	902077B	**INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	$247.500	
124	902079B	**ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LUPICO Incluye: Pruebas confirmatorias	$90.000	
125	9021	PRUEBAS NO RUTINARIAS		
126	902101B	**CELULAS L.E.	$13.560	
127	902102B	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$13.056	
128	902103B	**CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA	$15.400	
129	902104B	**DIMERO D AUTOMATIZADO	$59.853	
130	902105B	**DIMERO D MANUAL	$59.853	
131	902106B	**ERITROPOYETINA	$52.782	
132	902107B	**FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	$55.972	
133	902108B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$50.209	

134	902109B	**GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$50.209	
135	902110B	**HEMOGLOBINA A 2	$76.244	
136	902111B	**HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$55.234	
137	902112B	**HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$56.968	
138	902113B	**HEMOGLOBINA PLASMATICA	$36.478	
139	902114B	**HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$42.900	
140	902115B	**HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$49.664	
141	902116B	**HIERRO MEDULAR EXCLUYE: TOMA DE MUESTRA	$46.394	
142	902118B	**METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$65.319	
143	902119B	**PRUEBA DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA	$69.453	
144	902121B	**PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$14.000	
145	902123B	**VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$82.800	
146	902124B	**MICROSCOPIA ELECTRONICA PLAQUETARIA	$1.680.000	
147	9022	PRUEBAS RUTINARIAS		
148	902204B	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$3.044	
149	902205B	**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$3.044	
150	902206B	**EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$9.390	
151	902207B	**HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$10.022	
152	902208B	**HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$10.022	
153	902209B	**HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$10.022	
154	902210B	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$10.022	
155	902211B	**HEMATOCRITO	$7.074	
156	902213B	**HEMOGLOBINA	$7.818	
157	902214B	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$10.549	
158	902215B	**HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$10.549	
159	902216B	**LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$10.013	
160	902218B	**RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$6.297	
161	902219B	**EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$6.302	
162	902220B	**RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$7.142	
163	902221B	**RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$7.142	
164	902223B	**RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$20.821	
165	902224B	**RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$58.500	
166	902226B	**PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$45.500	
167	902227B	**HEMOGRAMA V (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICE ERITROCITARIO, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIO, MORFOLOGIA ELECTRONICA, RECUENTO AUTOMATIZADO DE CELULAS MADURAS E INMADURAS, DISPERSOGRAMAS 2D Y 3D E HISTOGR	$11.900	
168	903	QUÍMICA SANGUÍNEA Y DE OTROS FLUIDOS CORPORALES		
169	9030	PRUEBAS NO RUTINARIAS		
170	903001B	**ALFA 2 MACROGLOBULINA	$89.235	
171	903003B	**BICARBONATO	$57.625	
172	903004B	**CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$102.856	
173	903005B	**CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$62.319	
174	903006B	**CAROTENOS	$26.852	
175	903007B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$89.633	
176	903008B	**CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$89.575	
177	903009B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$144.386	
178	903010B	**CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$182.297	
179	903011B	**DEOXIPIRIDINOLINA	$91.197	
180	903013B	**ESPERMOGRAMA COMPLETO Incluye: ACIDO CITRICO, ACIDO ASCORBICO, FRUCTOSA, GLICEROL FOSFORIL COLINA	$135.536	

181	903016B	**FERRITINA	$17.815	
182	903017B	**FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$115.328	
183	903019B	**FRACCION EXCRETADA DE BICARBONATO	$398.000	
184	903020B	**HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$33.378	
185	903021B	**HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$33.476	
186	903022B	**HOMOCISTEINA	$94.861	
187	903023B	**HIDROXIPROLINA EN ORINA	$59.800	
188	903024B	**LACTOGENO PLACENTARIO	$169.100	
189	903025B	**METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$65.879	
190	903026B	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$18.992	
191	903027B	**MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$18.244	
192	903028B	**MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$18.244	
193	903030B	**MIOGLOBINA CARDIACA	$64.620	
194	903031B	**MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$68.958	
195	903032B	**N-TELOPEPTIDO	$176.185	
196	903033B	**OSMOLARIDAD EN ORINA	$27.933	
197	903034B	**OSMOLARIDAD EN SUERO	$27.010	
198	903035B	**OSTEOCALCINA	$83.566	
199	903036B	**OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$63.398	
200	903037B	**PIRIDINOLINA EN ORINA	$91.197	
201	903038B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$163.355	
202	903039B	**PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$453.013	
203	903040B	**PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$63.000	
204	903041B	**PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$56.454	
205	903042B	**PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$72.000	
206	903043B	**PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY	$223.218	
207	903044B	**SATURACION DE TRANSFERRINA INCLUYE: DETERMINACION DE HIERRO SERICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACION DEL HIERRO	$23.267	
208	903045B	**TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$20.332	
209	903046B	**TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$20.332	
210	903047B	**TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$89.981	
211	903048B	**PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$92.073	
212	903049B	**PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$210.317	
213	903050B	**ALFAFETOPROTEINA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$159.126	
214	903051B	**UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$76.861	
215	903052B	**CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$58.817	
216	903053B	**CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$56.039	
217	903054B	**C-TELOPEPTIDO	$83.853	
218	903056B	**PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$128.336	
219	903057B	**PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$614.800	
220	903058B	**METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	$96.386	
221	903059B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$141.403	
222	903060B	**ANTIOXIDANTES TOTALES	$279.800	
223	903061B	**DELTA DE PCO2 EN ORINA	$91.000	
224	903062B	**MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	$50.371	
225	903064B	**HEMOPEXINA	$192.500	
226	903065B	**PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	$79.212	
227	903066B	**PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO]	$80.235	
228	903067B	**METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$232.337	
229	903068B	**METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$182.121	
230	903069B	**NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$209.874	
231	9031	PRUEBAS PARA ÁCIDOS		
232	903101B	**ACIDOS BILIARES TOTALES	$64.031	
233	903102B	**ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$65.000	
234	903103B	**ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$49.532	
235	903104B	**ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$91.461	

236	903105B	**ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$22.563	
237	903106B	**ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$65.143	
238	903107B	**ACIDO FORMICO EN ORINA	$100.545	
239	903108B	**ACIDO HOMOGENTESICO EN ORINA	$219.500	
240	903109B	**ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	$76.016	
241	903110B	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$25.245	
242	903111B	**ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$25.245	
243	903112B	**ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$112.200	
244	903113B	**ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$49.957	
245	903114B	**ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$492.500	
246	9032	PRUEBAS PARA AMINOÁCIDOS		
247	903202B	**FENILALANINA CUALITATIVA	$76.244	
248	9033	PRUEBAS PARA CARBOHIDRATOS		
249	903301B	**GALACTOSA CUANTITATIVA	$609.000	
250	903302B	**CURVA DE LACTOSA	$141.400	
251	9034	PRUEBAS PARA ENZIMAS		
252	903401B	**ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$30.683	
253	903402B	**ALDOLASA	$27.562	
254	903405B	**ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$36.995	
255	903406B	**ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$37.232	
256	903407B	**ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$71.193	
257	903408B	**ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$124.300	
258	903409B	**APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$42.509	
259	903410B	**APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	$39.716	
260	903411B	**APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	$42.320	
261	903412B	**APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	$39.542	
262	903416B	**CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$40.472	
263	903417B	**CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$40.472	
264	903419B	**COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$34.971	
265	903420B	**COLINESTERASA SERICA	$16.189	
266	903421B	**COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$76.988	
267	903422B	**COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$78.527	
268	903423B	**D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	$56.163	
269	903424B	**DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$94.800	
270	903425B	**FRUCTOSAMINA	$29.670	
271	903426B	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$18.756	
272	903427B	**HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$18.756	
273	903428B	**HEMOSIDERINA EN ORINA	$26.860	
274	903430B	**LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$65.700	
275	903431B	**LIPOPROTEINA A	$49.229	
276	903432B	**NUCLEOTIDASA 5	$59.562	
277	903433B	**PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$51.037	
278	903434B	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$113.559	
279	903435B	**SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$113.559	
280	903436B	**TROPONINA I CUALITATIVA	$64.800	
281	903437B	**TROPONINA I CUANTITATIVA	$61.470	
282	903438B	**TROPONINA T CUALITATIVA	$72.000	
283	903439B	**TROPONINA T CUANTITATIVA	$65.804	
284	903440B	**TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$173.800	
285	903442B	**CUANTIFICACION DE OTRA ENZIMA (ESPECIFICA)	$109.500	
286	9035	PRUEBAS PARA LÍQUIDOS		
287	903503B	**LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$32.631	
288	903504B	**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)	$42.959	
289	903505B	**LIQUIDO SINOVIAL CRISTALES	$24.896	
290	903506B	**OTROS LIQUIDOS (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS)	$35.769	
291	9036	PRUEBAS PARA MINERALES		

292	903601B	**ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$57.921	
293	903602B	**AMONIO	$18.260	
294	903603B	**CALCIO AUTOMATIZADO	$4.958	
295	903604B	**CALCIO IONICO	$29.527	
296	903605B	**IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$22.555	
297	903608B	**ZINC	$55.856	
298	903609B	**ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$52.288	
299	903610B	**ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$56.907	
300	903611B	**ALUMINIO EN SUERO	$59.173	
301	903612B	**ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA	$224.595	
302	903613B	**ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION INDIRECTA	$224.595	
303	903614B	**MAGNESIO IONICO	$10.500	
304	9037	PRUEBAS PARA VITAMINAS		
305	903701B	**VITAMINA A [RETINOL]	$75.160	
306	903702B	**VITAMINA B1 [TIAMINA]	$86.400	
307	903703B	**VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$27.515	
308	903704B	**VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$143.000	
309	903705B	**VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$91.240	
310	903706B	**VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$58.259	
311	903707B	**VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$124.300	
312	903708B	**VITAMINA E [TOCOFEROL]	$74.400	
313	903709B	**VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	$52.510	
314	903711B	**VITAMINA K	$201.115	
315	9038	PRUEBAS RUTINARIAS		
316	903801B	**ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$4.002	
317	903802B	**ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$4.127	
318	903803B	**ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$4.227	
319	903804B	**ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$8.292	
320	903805B	**AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$9.008	
321	903806B	**AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$9.597	
322	903807B	**ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$33.610	
323	903808B	**BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]	$70.800	
324	903809B	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$5.846	
325	903810B	**CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$4.889	
326	903811B	**CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$4.929	
327	903812B	**CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$16.114	
328	903813B	**CLORO EN SANGRE	$5.707	
329	903814B	**CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$4.769	
330	903815B	**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$5.566	
331	903816B	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$7.675	
332	903817B	**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$7.500	
333	903818B	**COLESTEROL TOTAL	$4.964	
334	903819B	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$12.713	
335	903820B	**CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$13.671	
336	903821B	**CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$10.435	
337	903822B	**CREATINA	$100.681	
338	903823B	**CREATININA DEPURACION	$10.106	
339	903824B	**CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$4.566	
340	903826B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$13.973	
341	903827B	**CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	$20.228	
342	903828B	**DESHIDROGENASA LACTICA	$6.600	
343	903829B	**DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$132.000	
344	903830B	**FOSFATASA ACIDA	$9.382	
345	903831B	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	$15.450	
346	903832B	**FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$15.106	
347	903833B	**FOSFATASA ALCALINA	$6.400	
348	903834B	**FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$77.142	

349	903835B	**FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$5.423	
350	903836B	**FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$6.937	
351	903837B	**FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$37.962	
352	903838B	**GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$9.709	
353	903839B	**GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$49.600	
354	903840B	**GLUCOSA EN ORINA	$4.010	
355	903841B	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$3.829	
356	903842B	**GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$6.808	
357	903843B	**GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$8.080	
358	903844B	**GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA EXCLUYE: 90.3.8.84, 90.3.8.85, 90.3.8.86, 90.3.8.87, 90.3.8.88, 90.3.8.89, 90.3.8.90, 90.3.8.91, 90.3.8.92, 90.3.8.93 Y 90.3.8.94	$37.400	
359	903846B	**HIERRO TOTAL	$10.591	
360	903847B	**LIPASA	$9.089	
361	903849B	**LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$33.172	
362	903850B	**LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$37.425	
363	903851B	**LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$40.054	
364	903852B	**LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$32.650	
365	903853B	**LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$33.952	
366	903854B	**MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$7.858	
367	903855B	**MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$8.821	
368	903856B	**NITROGENO UREICO	$4.569	
369	903857B	**NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$4.776	
370	903859B	**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$7.956	
371	903860B	**POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$7.952	
372	903861B	**PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$8.057	
373	903862B	**PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$5.493	
374	903863B	**PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$4.735	
375	903864B	**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$6.649	
376	903865B	**SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$6.610	
377	903866B	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$5.105	
378	903867B	**TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$5.105	
379	903868B	**TRIGLICERIDOS	$6.176	
380	903869B	**UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$5.163	
381	903870B	**UREA EN ORINA DE 24 HORAS	$5.253	
382	903871B	**AMILASA EN ORINA PARCIAL	$9.764	
383	903872B	**SODIO EN ORINA PARCIAL	$6.783	
384	903873B	**CALCIO EN ORINA PARCIAL	$4.995	
385	903874B	**PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$5.791	
386	903875B	**FOSFORO EN ORINA PARCIAL	$8.903	
387	903876B	**CREATININA EN ORINA PARCIAL	$4.305	
388	903877B	**ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	$4.138	
389	903878B	**POTASIO EN ORINA PARCIAL	$8.057	
390	903879B	**MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$9.087	
391	903880B	**CLORO EN ORINA PARCIAL	$4.881	
392	903881B	**CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$63.113	
393	903883B	**GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	$4.652	
394	903884B	**TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$16.497	
395	903885B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$25.075	
396	903886B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$12.887	
397	903887B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$16.679	
398	903888B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$20.771	

399	903889B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$20.771	
400	903890B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$25.075	
401	903891B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$29.660	
402	903892B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$29.660	
403	903893B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$33.819	
404	903894B	**PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$33.819	
405	903895B	**CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$4.013	
406	904	ENDOCRINOLOGÍA		
407	9040	PRUEBAS PARA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR		
408	904001B	**ANGIOTENSINA II	$329.553	
409	904002B	**ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$68.641	
410	904004B	**RENINA TOTAL	$65.492	
411	904005B	**RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	$87.995	
412	904006B	**LEPTINA	$72.131	
413	9041	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPÓFISIS		
414	904101B	**SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$41.178	
415	904102B	**HORMONA ANTIDIURETICA	$103.050	
416	904103B	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$27.005	
417	904104B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$26.685	
418	904105B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$21.153	
419	904106B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$67.000	
420	904107B	**HORMONA LUTEINIZANTE	$21.479	
421	904108B	**PROLACTINA	$19.892	
422	904109B	**PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$20.790	
423	904111B	**HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	$50.964	
424	9042	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO E HIPÓFISIS Incluye: SUSTANCIA DE ESTÍMULO		
425	904201B	**HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$49.783	
426	904202B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$47.690	
427	904203B	**HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	$90.000	
428	904204B	**PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$45.500	
429	904205B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$105.425	
430	904206B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCAGON CADA MUESTRA	$70.961	
431	904207B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$239.800	
432	904208B	**HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO INSULINA CADA MUESTRA	$213.400	
433	904210B	**PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA	$151.300	
434	9043011B	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 4 MUESTRAS	$151.000	
435	9043	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS Y SUPRARENALIncluye:SUSTANCIA DE ESTÍMULO		
436	904301B	**CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$107.000	
437	904302B	**CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$47.333	
438	904303B	**CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$69.000	
439	9044	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS, OVARIO O SUPRARENAL Incluye:SUSTANCIA DE ESTÍMULO		
440	904401B	**ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$56.176	
441	904402B	**HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA	$116.788	

442	904403B	**INHIBINA A	$131.739	
443	904404B	**INHIBINA B	$154.000	
444	904405B	**MACROPROLACTINA	$65.794	
445	9045	PRUEBAS PARA FUNCIÓN OVÁRICA Y SUPRARENAL		
446	904501B	**ANDROSTENEDIONA	$38.691	
447	904503B	**ESTRADIOL	$22.672	
448	904504B	**ESTRIOL	$49.078	
449	904505B	**ESTRIOL LIBRE	$49.841	
450	904506B	**ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$22.683	
451	904507B	**ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.392	
452	904508B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$12.139	
453	904509B	**HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$29.534	
454	904510B	**PROGESTERONA	$23.367	
455	904511B	**HORMONA ANTIMULLERIANA	$137.500	
456	9046	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE TESTÍCULO		
457	904601B	**TESTOSTERONA LIBRE	$28.359	
458	904602B	**TESTOSTERONA TOTAL	$26.603	
459	904603B	**TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA	$184.300	
460	904605B	**DIHIDROTESTOSTERONA	$101.200	
461	9047	PRUEBAS PARA FUNCIÓN PANCREÁTICAIncluye:CARGA DE GLUCOSA		
462	904701B	**GLUCAGON	$91.576	
463	904702B	**INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$49.376	
464	904703B	**INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$110.546	
465	904704B	**INSULINA (CADA MUESTRA)	$24.430	
466	904705B	**INSULINA LIBRE	$81.600	
467	904706B	**PEPTIDO C	$62.045	
468	904707B	**PROINSULINA	$140.943	
469	904708B	**SOMATOSTATINA	$184.976	
470	904709B	**ADIPONECTINA	$136.133	
471	904710B	**PROTEINA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$54.617	
472	904711B	**INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$68.826	
473	904712B	**INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$89.486	
474	904713B	**INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$131.245	
475	904714B	**INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$131.245	
476	904715B	**INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$152.178	
477	904716B	**INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$152.178	
478	904717B	**INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$174.005	
479	904718B	**INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$174.005	
480	904719B	**PEPTIDO C PRE Y POST GLUCAGON	$108.900	
481	904720B	**ELASTASA PANCREATICA	$151.800	
482	904721B	**PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	$128.606	
483	9048	PRUEBAS PARA FUNCIÓN SUPRARENAL		
484	904801B	**ALDOSTERONA	$43.795	
485	904802B	**ALDOSTERONA EN ORINA	$57.797	
486	904803B	**ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$96.800	
487	904804B	**CETOESTEROIDES 17	$67.225	
488	904805B	**CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$42.959	
489	904806B	**CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$47.344	
490	904807B	**CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$31.439	
491	904808B	**DEHIDROEPINANDROSTERONA	$55.900	
492	904809B	**DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$25.032	
493	904810B	**DEOXICORTISOL 11	$99.600	
494	904811B	**HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$54.629	
495	904812B	**CORTISOL AM	$21.917	
496	904813B	**CORTISOL PM	$21.917	
497	904815B	**ALDOSTERONA PRE Y POST ESTIMULO (ESPECIFICO)	$148.200	
498	9049	PRUEBAS PARA FUNCIÓN TIROIDEA O PARATIROIDEA		

499	904901B	**GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$67.423	
500	904902B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$17.585	
501	904904B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$16.752	
502	904905B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$31.037	
503	904906B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE Incluye: SUSTANCIA DE ESTIMULO	$32.348	
504	904907B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS	$109.200	
505	904908B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS	$121.700	
506	904909B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$32.631	
507	904910B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$109.200	
508	904912B	**HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$39.113	
509	904915B	**HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$121.700	
510	904920B	**TIROGLOBULINA	$27.758	
511	904921B	**TIROXINA LIBRE	$15.384	
512	904922B	**TIROXINA TOTAL	$14.672	
513	904923B	**TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	$41.933	
514	904924B	**TRIYODOTIRONINA LIBRE	$17.726	
515	904925B	**TRIYODOTIRONINA TOTAL	$15.355	
516	904926B	**TIROXINA NORMALIZADA	$60.583	
517	904927B	**TRIYODOTIRONINA REVERSA	$88.937	
518	905	MONITOREO DE MEDICAMENTOS Y TOXICOLOGÍA		
519	9050	MONITOREO ANESTÉSICO		
520	905001B	**NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$361.600	
521	905003B	**NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$204.600	
522	9051	MONITOREO ANTICOAGULANTES		
523	905102B	**WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$78.000	
524	905103B	**WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$267.800	
525	905106B	**NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR XA (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	$149.600	
526	9052	MONITOREO ANTICONVULSIVANTES		
527	905201B	**ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$22.636	
528	905202B	**ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$118.916	
529	905203B	**BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$89.817	
530	905204B	**BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$21.559	
531	905205B	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$22.642	
532	905206B	**CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$22.649	
533	905208B	**ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$133.100	
534	905210B	**FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$82.301	
535	905213B	**FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA Incluye: EPAMIN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS	$27.167	
536	905214B	**FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$39.149	
537	9053	MONITOREO ANTIDEPRESIVOS, ANTIMANIÁTICOS Y NEUROLÉPTICOS		
538	905301B	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$94.663	
539	905302B	**ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$63.970	
540	905303B	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO Incluye: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$60.500	
541	905304B	**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	$102.774	
542	905305B	**BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO Incluye: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$71.059	
543	905306B	**BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	$34.358	

544	905307B	**CLORPROMAZINA	$104.000	
545	905308B	**FENCICLIDINA	$48.142	
546	905309B	**FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO	$61.644	
547	905310B	**FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$61.694	
548	905312B	**LITIO AUTOMATIZADO	$14.000	
549	905313B	**LITIO SEMIAUTOMATIZADO	$10.315	
550	9054	MONITOREO ANTIMICROBIANOS		
551	905401B	**AMIKACINA AUTOMATIZADO	$77.831	
552	905404B	**GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$78.703	
553	905409B	**TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$236.800	
554	905410B	**VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$85.400	
555	905416B	**ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	$279.300	
556	9055	MONITOREO DE CITOSTÁTICOS		
557	905502B	**CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$104.000	
558	905503B	**TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$144.895	
559	905504B	**METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$118.800	
560	905505B	**EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$154.037	
561	9056	MONITOREO DIGITALICOS, CARDIOVASCULARES Y BRONCODILATADOR		
562	905601B	**DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$63.700	
563	905602B	**DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$63.700	
564	905603B	**DIGOXINA AUTOMATIZADO	$38.321	
565	905604B	**DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$38.321	
566	905606B	**NITROPRUSIATO DE SODIO	$110.000	
567	905607B	**TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$37.700	
568	905608B	**TEOFILINA AUTOMATIZADO	$37.700	
569	9057	NIVELES TOXICOLÓGICOS		
570	905701B	**ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$91.261	
571	905702B	**ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$91.261	
572	905703B	**ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$69.694	
573	905704B	**ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$69.694	
574	905705B	**ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	$26.848	
575	905706B	**ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$22.851	
576	905707B	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$64.096	
577	905708B	**ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$65.441	
578	905709B	**ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	$62.238	
579	905710B	**ATROPINICOS AUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$75.289	
580	905711B	**ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ESCOPOLAMINA	$71.684	
581	9057121B	**BIPIRIDILO, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA + INCLUYE: PARAQUAT U OTROS	$85.200	
582	905713B	**BIPIRIDILO AUTOMATIZADO Incluye: PARAQUAT U OTROS	$77.780	
583	905714B	**CAFEINA AUTOMATIZADO	$184.800	
584	905715B	**CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO	$184.800	
585	905716B	**CANNABINOIDES AUTOMATIZADO Incluye: MARIHUANA	$71.460	
586	905717B	**CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: MARIHUANA	$20.426	
587	905718B	**CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$72.765	
588	905719B	**CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$72.765	
589	905720B	**CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$74.674	
590	905721B	**CIANUROS AUTOMATIZADO	$74.518	
591	905722B	**HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$115.710	
592	905723B	**HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$104.499	
593	905724B	**COCAINA O METABOLITOS MANUAL	$33.273	
594	905725B	**COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$19.623	
595	905726B	**COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$62.047	
596	905727B	**DROGAS DE ABUSO Incluye: PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAINA, BARBITURICOS, OPIACEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS U OTROS	$76.952	
597	905730B	**MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$55.617	
598	905731B	**MERCURIO AUTOMATIZADO	$53.329	
599	905734B	**METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$58.500	
600	905735B	**METADONA MANUAL	$52.377	

601	905736B	**METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NIQUEL, PLOMO U OTROS	$52.662	
602	905737B	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$67.816	
603	905738B	**MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$67.816	
604	905739B	**OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: MORFINA Y CODEINA	$99.000	
605	905740B	**OPIACEOS MANUAL INCLUYE: MORFINA Y CODEINA	$27.234	
606	905741B	**ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	$77.146	
607	905742B	**ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$76.668	
608	905743B	**ORGANOFOSFORADOS MANUAL Incluye: PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS	$76.027	
609	905745B	**PIRETRINAS MANUAL	$75.600	
610	905746B	**PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$75.600	
611	905749B	**PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$133.100	
612	905750B	**PRIMIDONA MANUAL	$133.100	
613	905751B	**PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$191.400	
614	905752B	**PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$191.400	
615	905755B	**SALICILATOS AUTOMATIZADO	$124.895	
616	905756B	**SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$68.200	
617	905758B	**SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO Incluye: BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS	$191.400	
618	905759B	**SUSTANCIAS ALUCINOGENAS Incluye: HONGOS, LSD, OTROS	$96.000	
619	905760B	**TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$60.987	
620	905761B	**FENOL SEMIAUTOMATIZADO	$73.272	
621	905762B	**ACIDO HIPURICO SEMIAUTOMATIZADO	$71.071	
622	9058	NIVELES DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS		
623	905801B	**NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA) Excluye: CATEGORIAS 90.5.0. - 90.5.7.	$1.575.000	
624	906	INMUNOLOGÍA Y MARCADORES TUMORALES		
625	9060	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS BACTERIANOS		
626	906001B	**ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$26.370	
627	906002B	**ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$8.544	
628	906003B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$103.200	
629	906004B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$80.368	
630	906005B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$80.483	
631	906006B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$80.368	
632	906007B	**Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$80.483	
633	906008B	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.872	
634	906009B	**Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$76.469	
635	906012B	**Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$37.700	
636	906013B	**Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$32.506	
637	906014B	**Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$103.700	
638	906016B	**CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53.675	
639	906017B	**Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.371	
640	906018B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.755	
641	906019B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.929	
642	906020B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$32.738	
643	906021B	**Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$69.600	
644	906022B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.855	
645	906023B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29.870	
646	906024B	**Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40.670	
647	906025B	**HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66.356	
648	906027B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$64.919	
649	906028B	**Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$64.919	
650	906029B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.593	
651	906030B	**Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.290	
652	906032B	**Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$118.300	
653	906033B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.600	
654	906034B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$37.997	
655	906035B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$65.527	
656	906036B	**Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$36.825	
657	906038B	**Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$106.700	

658	906039B	**TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$23.932	
659	906040B	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$21.630	
660	906041B	**Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.273	
661	906045B	**Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$101.200	
662	906046B	**Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$101.200	
663	906047B	**Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$189.200	
664	906048B	**Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.700	
665	906049B	**Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$90.700	
666	906052B	**Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$520.825	
667	9061	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA HONGOS Y PARÁSITOS		
668	906102B	**Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	$112.998	
669	906103B	**Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$138.385	
670	906104B	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.429	
671	906105B	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.400	
672	906106B	**CAndida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.400	
673	906107B	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.079	
674	906108B	**Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$628.550	
675	906110B	**Echinococcus ANTICUERPOS	$83.709	
676	906111B	**Coccidioides ANTICUERPOS	$136.370	
677	906113B	**Entamoeba histolitica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.640	
678	906114B	**Entamoeba histolitica ANTICUERPOS MANUAL	$79.640	
679	906115B	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$181.500	
680	906116B	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$99.600	
681	906117B	**Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$99.600	
682	906118B	**Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.906	
683	906119B	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$229.584	
684	906120B	**HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: Aspergillus, Paracoccidiodes, OTROS	$217.472	
685	906121B	**Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$48.441	
686	906122B	**Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$110.600	
687	906125B	**Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.717	
688	906126B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$47.817	
689	906127B	**TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$21.045	
690	906128B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$21.045	
691	906129B	**TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$21.968	
692	906130B	**Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$21.968	
693	906131B	**TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35.096	
694	906134B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$89.742	
695	906138B	**SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.000	
696	906139B	**SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.424	
697	906140B	**Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.196	
698	906141B	**Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$111.700	
699	9062	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS		
700	906201B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$67.877	
701	906202B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$69.329	
702	906203B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$70.745	
703	906204B	**Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$70.473	
704	906205B	**CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$19.096	
705	906206B	**CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$19.979	
706	906207B	**DENGUE ANTICUERPOS IG G	$36.670	
707	906208B	**DENGUE ANTICUERPOS IG M	$29.978	
708	906209B	**DENGUE ANTICUERPOS TOTALES	$45.497	
709	906210B	**Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$1.698.403	
710	906211B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54.366	
711	906212B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.773	
712	906213B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$83.336	

713	906214B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$79.697	
714	906215B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.850	
715	906216B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$80.384	
716	906217B	**Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.600	
717	906218B	**HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.526	
718	906219B	**Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$26.995	
719	906220B	**HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.654	
720	906221B	**HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.804	
721	906222B	**HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30.748	
722	906223B	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.663	
723	906224B	**Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$288.800	
724	906225B	**HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.217	
725	906226B	**Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.198	
726	906227B	**Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.573	
727	906228B	**HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$24.790	
728	906229B	**HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$25.968	
729	906230B	**HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$23.257	
730	906231B	**HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$25.910	
731	906232B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44.154	
732	906233B	**HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$312.900	
733	906234B	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$62.105	
734	906235B	**Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$54.281	
735	906236B	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$62.105	
736	906237B	**Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$54.042	
737	906238B	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.150	
738	906239B	**Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$384.300	
739	906241B	**RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$24.376	
740	906242B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$24.376	
741	906243B	**RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$26.465	
742	906244B	**Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$26.465	
743	906245B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50.521	
744	906246B	**SarampiOn ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48.360	
745	906247B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$26.556	
746	906248B	**Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.020	
747	906249B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	$22.200	
748	906250B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$209.182	
749	906251B	**Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$1.092.000	
750	906253B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$64.752	
751	906254B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	$91.779	
752	906255B	**Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.230	
753	906256B	**HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	$39.159	
754	906258B	**Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59.478	
755	906259B	**Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$93.600	
756	906260B	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$19.217	
757	906261B	**Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$22.298	
758	906262B	**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL	$27.648	
759	906263B	**Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	$31.190	
760	906264B	**Rubeola ANTICUERPOS MANUAL	$24.379	
761	906265B	**SarampiOn ANTICUERPOS MANUAL	$51.814	
762	906266B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.295	
763	906267B	**Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.772	
764	906268B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68.024	
765	906269B	**TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$121.600	
766	906270B	**SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G	$113.300	
767	906271B	**SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M	$113.300	

768	9063	DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS MICROBIOLÓGICOS		
769	906301B	**Adenovirus ANTIGENO	$45.438	
770	906302B	**ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$149.479	
771	906303B	**ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$176.196	
772	906304B	**ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO INCLUYE: BRUCELLA ABORTUS, SALMONELLA PARATYPHI A Y B, TIPHY H Y O, PROTEUS OX19	$18.616	
773	906306B	**Bordetella pertussi ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$457.195	
774	906307B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$32.800	
775	906308B	**Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$32.800	
776	906314B	**Cryptococcus neoformans ANTIGENO	$56.620	
777	906315B	**Entamoeba histolltica ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$157.300	
778	906316B	**Giardia lamblia MANUAL	$53.054	
779	906317B	**Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$20.877	
780	906318B	**HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.973	
781	906319B	**Hepatitis delta ANTIGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66.870	
782	906320B	**Herpes simplex ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$280.405	
783	906321B	**Influenza ANTIGENO	$53.687	
784	906322B	**Legionella spp ANTIGENO	$157.769	
785	906323B	**Neisseria gonorrhoeae ANTIGENO	$279.540	
786	906324B	**Parainfluenza TIPO 1 3 ANTIGENO	$94.800	
787	906325B	**Pneumocystis carinii ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$315.000	
788	906326B	**ROTAVIRUS ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$37.500	
789	906327B	**Rotavirus ANTIGENOS MANUAL	$37.500	
790	906328B	**Salmonella spp IDENTIFICACION MANUAL	$44.200	
791	906329B	**Virus Sincitial Respiratorio ANTIGENO	$38.082	
792	906331B	**Streptococcus pneumoniae ANTIGENO	$189.400	
793	906332B	**Hepatitis B [HBsAg] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA	$44.857	
794	906333B	**Aspergillus spp ANTIGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$170.250	
795	906334B	**CAndida spp ANTIGENO	$333.400	
796	906336B	**Giardia lamblia ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53.054	
797	906337B	**Histoplasma capsulatum ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$217.271	
798	906338B	**PLASMODIUM SPP ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30.800	
799	906339B	**Clostridium difficile ANTIGENO A Y B	$159.125	
800	906340B	**SARS COV 2 [COVID-19] ANTIGENO	$87.600	
801	906341B	**DENGUE ANTIGENO MANUAL	$57.200	
802	9064	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS		
803	906401B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$272.995	
804	906404B	**ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33.600	
805	906405B	**ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$67.142	
806	906406B	**ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$26.600	
807	906407B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53.736	
808	906408B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.846	
809	906409B	**CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IGM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.856	
810	906410B	**CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$152.994	
811	906411B	**CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$32.472	
812	906413B	**CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28.069	
813	906414B	**CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$49.450	
814	906415B	**CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	$49.450	
815	906416B	**DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	$88.910	
816	906417B	**DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$25.896	
817	906418B	**DNA N ANTICUERPOS MANUAL	$25.896	
818	906419B	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$81.881	
819	906420B	**ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$84.598	
820	906421B	**FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$26.600	

821	906422B	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO INCLUYE: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$74.933	
822	906423B	**FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Incluye: FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ACIDO FOSFATIDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	$74.933	
823	906424B	**HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$63.000	
824	906425B	**INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66.061	
825	906426B	**INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$71.586	
826	906428B	**ISOLEUCOAGLUTININAS	$53.300	
827	906429B	**Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$36.326	
828	906430B	**SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.572	
829	906431B	**MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.442	
830	906432B	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$34.510	
831	906433B	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$34.510	
832	906434B	**MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$34.510	
833	906435B	**MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$101.200	
834	906436B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$33.772	
835	906437B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$33.772	
836	906438B	**MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$33.413	
837	906440B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$20.221	
838	906441B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$20.221	
839	906442B	**ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$20.221	
840	906443B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$160.600	
841	906444B	**ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	$159.373	
842	906445B	**PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$570.605	
843	906446B	**PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$1.420.700	
844	906447B	**PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$110.600	
845	906448B	**PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$103.061	
846	906450B	**PROTEINA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42.156	
847	906453B	**RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$25.372	
848	906454B	**SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28.069	
849	906455B	**SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31.025	
850	906456B	**Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.285	
851	906457B	**TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$30.933	
852	906458B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$28.644	
853	906459B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$28.456	
854	906460B	**TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$28.456	
855	906462B	**TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	$29.097	
856	906463B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$30.933	
857	906464B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	$30.933	
858	906465B	**TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$30.808	
859	906466B	**CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45.209	
860	906467B	**HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$368.353	
861	906468B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$296.194	
862	906469B	**ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$297.165	
863	906470B	**ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$351.800	
864	906471B	**ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.213	
865	906472B	**ENDOMISIO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.045	
866	906473B	**ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.976	
867	906474B	**GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64.793	
868	906475B	**GLIADINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66.020	

869	906476B	**GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$69.151	
870	906477B	**TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.857	
871	906478B	**TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.960	
872	906479B	**TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92.371	
873	906480B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$65.580	
874	906481B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$55.254	
875	906482B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61.540	
876	906483B	**ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$107.800	
877	906484B	**MICROSOMALES HIGADO Y RINON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62.400	
878	906485B	**MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64.404	
879	906486B	**PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$102.000	
880	906487B	**NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$309.800	
881	906488B	**GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$309.800	
882	906489B	**GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$309.800	
883	906490B	**ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.800	
884	906491B	**TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$599.600	
885	906492B	**ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$111.100	
886	906493B	**N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$411.600	
887	906494B	**21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Excluye: 90.6.4.29 Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$312.900	
888	906497B	**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$414.800	
889	906498B	**IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECIFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO Excluye: Aquellas determinaciones de anticuerpos que tienen descripciOn especIfica	$2.097.900	
890	9065	PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD		
891	906501B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$747.683	
892	906502B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$1.277.503	
893	906503B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$316.764	
894	906504B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$323.353	
895	906506B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$629.389	
896	906509B	**ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA Incluye: ANALISIS DE INCOMPATIBILIDADES ACEPTABLES	$519.100	
897	906512B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$319.200	
898	906513B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION	$615.982	
899	906514B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$319.200	
900	906517B	**TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$115.500	
901	906518B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$319.200	
902	906519B	**TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP	$2.730.000	
903	906520B	**ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	$1.575.000	
904	906521B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$241.240	
905	906522B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO	$241.240	
906	906523B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$519.100	
907	906524B	**ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$519.100	
908	906525B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I	$771.544	
909	906526B	**ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II	$771.544	
910	906527B	**PRUEBA DE QUIMERISMO Incluye: PRE Y POST TRASPLANTE	$926.100	
911	9066	MARCADORES TUMORALES		
912	906601B	**ACIDO SIALICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$404.700	
913	906602B	**ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27.658	
914	906603B	**ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$24.674	
915	906604B	**ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39.791	
916	906605B	**ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$34.608	
917	906606B	**ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40.842	
918	906610B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$25.991	
919	906611B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39.262	
920	906612B	**ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52.000	

921	906613B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	$126.241	
922	906614B	**ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$126.241	
923	906620B	**BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41.378	
924	906621B	**CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$63.324	
925	906622B	**ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92.813	
926	906623B	**FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$209.000	
927	906624B	**GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49.135	
928	906625B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$19.997	
929	906626B	**GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$83.649	
930	906627B	**CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$112.200	
931	906628B	**PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$188.100	
932	9067	DETERMINACIÓN DE POBLACIONES CELULARES		
933	906702B	**LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$577.500	
934	906704B	**LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$540.800	
935	906706B	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$377.000	
936	906707B	**LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$88.841	
937	906708B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.800	
938	906709B	**LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	$92.404	
939	906711B	**LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$199.282	
940	906712B	**LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.800	
941	906714B	**LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$70.600	
942	906718B	**LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$383.300	
943	906720B	**LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.800	
944	906723B	**LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.739	
945	906725B	**LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.739	
946	906729B	**LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.739	
947	906730B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$283.500	
948	906731B	**LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$96.313	
949	906732B	**LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$226.600	
950	906735B	**LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.739	
951	906736B	**LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$346.500	
952	906738B	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$315.939	
953	906739B	**LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.739	
954	906741B	**LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUIMICA	$94.739	
955	906744B	**LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.800	
956	906746B	**MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$501.246	
957	906748B	**MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$577.500	
958	906749B	**MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$101.200	
959	906751B	**PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$101.200	
960	906754B	**LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$2.541.000	
961	906755B	**EXPRESION DE PERFORINAS EN CELULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$1.470.000	
962	906756B	**PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$2.541.000	
963	906759B	**LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$2.541.000	
964	906760B	**LINFOCITOS NK: EXPRESION DE CD107a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$1.816.500	
965	906761B	**LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$1.942.500	
966	906762B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$123.970	
967	906763B	**LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACION CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$287.700	
968	906764B	**LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96.800	
969	906766B	**MONOCITOS CD14	$577.500	
970	906768B	**SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$2.960.000	

971	906769B	**SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$2.541.000	
972	906770B	**SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS T (AYUDADORES Y CITOTOXICOS VIRGENES Y DE MEMORIA CENTRAL Y EFECTORA) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$1.883.700	
973	906771B	**EXPRESION DE CD40 EN LINFOCITOS B	$1.207.500	
974	906772B	**EXPRESION DE CD40L EN LINFOCITOS T	$1.785.000	
975	906774B	**EXPRESION DE IFNGR1 E IL12RB1 EN LINFOCITOS	$1.399.100	
976	906776B	**LINFOPROLIFERACION A ANTI-CD3+ ANTI-CD28	$1.647.500	
977	906777B	**LINFOPROLIFERACION A MITOGENO Incluye: TOXOIDE TETANICO, Y DERIVADO PROTEICO PURIFICADO - PPD, FITOHEMAGLUTININA -PHA, ENTRE OTROS.	$1.420.700	
978	906782B	**LINFOCITOS T NK INVARIANTES	$1.260.000	
979	906783B	**LINFOCITOS T DOBLEMENTE NEGATIVOS TCR ALFA-BETA	$1.174.882	
980	906784B	**LINFOCITOS T REGULADORES	$1.916.300	
981	906785B	**LINFOCITOS T EMIGRANTES TIMICOS	$1.399.100	
982	9068	PRUEBAS ESPECIALES		
983	906801B	**BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56.535	
984	906802B	**CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$64.800	
985	906805B	**COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$81.600	
986	906806B	**COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$78.063	
987	906810B	**ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$59.631	
988	906811B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$202.901	
989	906812B	**ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$26.987	
990	906813B	**FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$66.000	
991	906814B	**FAGOCITOSIS ESTUDIO	$68.900	
992	906818B	**Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$336.000	
993	906822B	**HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$135.999	
994	906823B	**INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73.189	
995	906824B	**INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO	$116.704	
996	906825B	**INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	$128.068	
997	906826B	**INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$22.111	
998	906827B	**INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$22.111	
999	906828B	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$22.111	
1000	906829B	**INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	$22.111	
1001	906830B	**INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$405.152	
1002	906831B	**INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$24.128	
1003	906832B	**INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	$21.226	
1004	906833B	**INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64.547	
1005	906834B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45.847	
1006	906835B	**INMUNOGLOBULINA E [IG E] SEMIAUTOMATIZADO	$21.118	
1007	906836B	**INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$21.118	
1008	906837B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$106.861	
1009	906838B	**PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$629.000	
1010	906839B	**RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUIMICA	$101.200	
1011	906841B	**PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$103.193	
1012	906842B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$97.761	
1013	906843B	**INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$95.082	
1014	906845B	**TOXOIDE DIFTERICO ANTICUERPOS Ig G	$99.000	
1015	906846B	**TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS Ig G	$92.206	
1016	906847B	**PROCALCITONINA MANUAL	$112.200	
1017	906848B	**INTERFERON GAMMA [GAMMAINTERFERON]	$362.657	
1018	906851B	**CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$115.500	
1019	906852B	**INTERLEUQUINA 1	$390.100	
1020	906853B	**INTERLEUQUINA 6	$81.693	

1021	906854B	**FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$190.971	
1022	906855B	**TIROSINQUINASA SOLUBLE (SFLT1)	$399.000	
1023	906858B	**HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$58.500	
1024	9069	PRUEBAS RUTINARIAS		
1025	906901B	**AGLUTININAS AL FRIO	$14.114	
1026	906902B	**AGLUTININAS AL CALOR	$21.700	
1027	906903B	**ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$12.982	
1028	906904B	**COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$57.359	
1029	906905B	**COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$18.916	
1030	906906B	**COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$18.916	
1031	906907B	**COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$18.916	
1032	906908B	**COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$18.916	
1033	906910B	**FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$22.885	
1034	906911B	**FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$6.741	
1035	906912B	**PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29.554	
1036	906913B	**PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$21.803	
1037	906914B	**PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$6.438	
1038	906915B	**PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$7.561	
1039	906917B	**CRIOGLOBULINAS	$11.780	
1040	907	MICROSCOPIA		
1041	9070	PRUEBAS DE COPROLOGÍA		
1042	907001B	**AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$7.756	
1043	907002B	**COPROLOGICO	$5.474	
1044	907003B	**COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$14.451	
1045	907004B	**COPROSCOPICO INCLUYE: PH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	$16.821	
1046	907005B	**FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$12.017	
1047	907006B	**GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$10.103	
1048	907007B	**OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$9.688	
1049	907008B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$7.436	
1050	907009B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	$7.269	
1051	907012B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$17.018	
1052	907013B	**COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$16.151	
1053	907014B	**COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$50.834	
1054	907015B	**ESTEATOCRITO ACIDO	$50.700	
1055	907016B	**SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL CUANTITATIVA	$10.100	
1056	9071	PRUEBAS EN ORINA		
1057	907101B	**AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$9.569	
1058	907102B	**HEMOGLOBINURIA	$5.240	
1059	907103B	**PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$15.409	
1060	907104B	**RECUENTO DE ADDIS	$10.731	
1061	907105B	**RECUENTO HAMBURGUER	$11.040	
1062	907106B	**UROANALISIS	$6.589	
1063	907107B	**UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$46.961	
1064	907108B	**GLOBULOS ROJOS MORFOLOGIA EN ORINA	$12.210	
1065	907109B	**DENSIDAD URINARIA	$6.699	
1066	9072	OTRAS PRUEBAS		
1067	907201B	**ESPERMOGRAMA BASICO INCLUYE: MORFOLOGIA Y RECUENTO	$35.391	
1068	907202B	**MOCO CERVICAL ANALISIS	$48.800	
1069	907203B	**LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$13.687	
1070	908	GENÉTICA Y ERRORES METABÓLICOS		
1071	9083	PRUEBAS PARA ERRORES METABÓLICOS		
1072	908303B	**GANGLIOSIDOS CUALITATIVOS	$682.500	
1073	908305B	**PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$153.062	
1074	908308B	**ACIDO OROTICO	$421.900	
1075	908309B	**AMINOACIDOS CUALITATIVOS INCLUYE: ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTOFANO, ENTRE OTROS	$527.100	
1076	908310B	**AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	$130.960	

1077	908311B	**AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$111.100	
1078	908312B	**AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	$110.000	
1079	908313B	**AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	$110.000	
1080	908314B	**CISTINA CUANTITATIVA	$110.214	
1081	908316B	**FENILALANINA CUANTITATIVA	$96.800	
1082	908318B	**CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$344.400	
1083	908320B	**GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$443.254	
1084	908324B	**ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$330.200	
1085	908325B	**ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$426.583	
1086	908326B	**BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$354.900	
1087	908327B	**GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$394.768	
1088	908328B	**GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	$353.191	
1089	908329B	**ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$305.700	
1090	908330B	**ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$402.714	
1091	908331B	**BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$373.424	
1092	908332B	**HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$301.400	
1093	908333B	**OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS	$839.500	
1094	908334B	**ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	$559.700	
1095	908335B	**ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	$516.600	
1096	908337B	**RELACION LACTATO/PIRUVATO	$258.811	
1097	908338B	**AMINOACIDOS CUANTITATIVOS	$123.683	
1098	908340B	**CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS	$287.586	
1099	908341B	**ACIDO SIALICO CUANTITATIVO	$404.700	
1100	908342B	**GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS	$328.836	
1101	908343B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$238.241	
1102	908344B	**IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$456.847	
1103	908345B	**GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	$1.034.300	
1104	908346B	**BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	$454.899	
1105	9083472B	**ACIDO LACTICO CURVA POST GLUCOSA (4 MUESTRAS)	$101.200	
1106	908347B	**ACIDO LACTICO CURVA POST GLUCOSA	$82.800	
1107	908348B	**ACIDO LACTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUEMICO	$30.100	
1108	908349B	**OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)	$1.653.800	
1109	908350B	**OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)	$675.200	
1110	908351B	**PTERINAS CUANTITATIVAS	$452.000	
1111	908353B	**GALACTOSA 1 FOSFATO	$701.903	
1112	908354B	**TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	$65.000	
1113	908355B	**BIOTINIDASA ACTIVIDAD	$111.600	
1114	908356B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$247.300	
1115	908357B	**ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO	$249.090	
1116	908408B	**CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]	$514.500	
1117	908409B	**CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	$451.500	
1118	908411B	**CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	$462.000	
1119	908413B	**ERBB2 [HER-2/NEU] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU"	$824.300	
1120	908414B	**PRUEBA DE CROMATINA	$294.000	
1121	908418B	**ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (ESPECIFICOS)	$1.029.000	
1122	908419B	**ESTUDIOS GENETICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECIFICO)	$2.730.000	
1123	9084201B	**ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) (EPIDERMOLISIS BULLOSA)	$5.906.300	
1124	908420B	**ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS)	$8.820.000	
1125	908421B	**ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECIFICOS)	$5.040.000	
1126	908422B	**ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECIFICOS)	$2.940.000	
1127	908423B	**ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS)	$2.782.500	
1128	908424B	**ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECIFICAS)	$7.565.300	
1129	908426B	**METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACION	$294.000	
1130	908427B	**F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A	$241.500	
1131	908428B	**HFE (HEMOCROMATOSIS)	$367.500	
1132	908433B	**BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	$2.100.000	
1133	908434B	**BRCA1 Y BRCA2 MUTACION FAMILIAR CONOCIDA	$577.500	
1134	908438B	**EXTRACCION DE ACIDOS NUCLEICOS	$81.600	

1135	908439B	**CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA	$462.000	
1136	908440B	**PATERNIDAD O FILIACION PRUEBA	$787.500	
1137	908441B	**FACTOR DE LEIDEN MUTACION	$217.800	
1138	908442B	**ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE GENOMA COMPLETO	$12.852.000	
1139	908443B	**ESTUDIO MOLECULAR DE ADN LIBRE CIRCULANTE (ESPECIFICO)	$1.995.000	
1140	908444B	**ESTUDIO MOLECULAR DE EXPANSION DE MUTACIONES DINAMICAS (ESPECIFICO)	$3.885.000	
1141	908445B	**ESTUDIO MOLECULAR DE ARN O MICRO ARN (ESPECIFICO)	$4.725.000	
1142	908446B	**ESTUDIO MOLECULAR DE METILACION O IMPRONTA [IMPRINTING] EN GENES (ESPECIFICO)	$5.460.000	
1143	908447B	**ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE EXOMA (ESPECIFICO)	$3.255.000	
1144	908448B	**CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECIFICO)	$294.000	
1145	9086	OTRAS PRUEBAS PARA ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO		
1146	908601B	**ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICION DE CADA UNA	$1.050.000	
1147	908604B	**ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICION DE CADA UNA	$1.128.800	
1148	908609B	**ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	$561.800	
1149	908610B	**CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	$202.560	
1150	9088	OTRAS PRUEBAS MOLECULARES PARA MICROORGANISMOS		
1151	908802B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA GENOTIPO	$1.349.459	
1152	908803B	**Hepatitis B GENOTIPO	$1.081.752	
1153	908804B	**Citomegalovirus GENOTIPO	$1.667.400	
1154	908805B	**Citomegalovirus CARGA VIRAL	$282.466	
1155	908806B	**Hepatitis B CARGA VIRAL	$278.300	
1156	908807B	**Hepatitis C CARGA VIRAL	$278.300	
1157	908808B	**Herpes simplex CARGA VIRAL	$378.000	
1158	908809B	**BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$682.500	
1159	908810B	**JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$609.995	
1160	908811B	**Epstein-Barr CARGA VIRAL	$417.900	
1161	908812B	**Adenovirus CARGA VIRAL	$483.000	
1162	908813B	**Parvovirus CARGA VIRAL	$398.431	
1163	908832B	**Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$154.000	
1164	908833B	**Hepatitis C GENOTIPO	$718.699	
1165	908855B	**IDENTIFICACION DE OTRA BACTERIA (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$517.521	
1166	908856B	**IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$434.646	
1167	908857B	**IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$760.278	
1168	908858B	**IDENTIFICACION DE OTRO HONGO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$284.173	
1169	908859A	PANEL ARTICULAR	$431.440	
1170	908859B	**IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$359.911	
1171	908859G	PANEL GASTROINTESTINAL	$430.065	
1172	908859M	PANEL MENINGITIS	$319.674	
1173	908859N	PANEL NEUMONIA	$134.283	
1174	908859R	PANEL RESPIRATORIO	$934.500	
1175	908859S	PANEL PARA SEPSIS	$121.181	
1176	908861B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA DETECCION DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$499.800	
1177	908862B	**CITOMEGALOVIRUS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$121.100	
1178	908865B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$154.000	
1179	908866B	**HEPATITIS B IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$285.439	
1180	908867B	**Toxocara spp IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$296.576	
1181	908868B	**TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$288.800	
1182	908869B	**Varicela zoster IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$392.415	
1183	908870B	**EPSTEIN BARR IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$358.578	
1184	908871B	**HEPATITIS C IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$294.000	
1185	908872B	**Herpes simplex I y II IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$295.204	
1186	908873B	**MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$241.500	
1187	908874B	**Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$203.519	
1188	908875B	**Mycobacterium leprae IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$337.097	
1189	908876B	**Leishmania IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$275.573	

1190	908877B	**Clostridium difficile IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$472.500	
1191	908878B	**Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$1.029.000	
1192	908879B	**BORDETELLA PERTUSSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$270.900	
1193	908880B	**BORDETELLA PARAPERTUSSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$703.500	
1194	908881B	**HAEMOPHILUS INFLUENZAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$963.400	
1195	908882B	**NEISSERIA MENINGITIDIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$762.530	
1196	908883B	**Hepatitis E IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$731.900	
1197	908885B	**Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$383.300	
1198	908886B	**Adenovirus IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$451.500	
1199	908887B	**Histoplasma IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$485.100	
1200	908888B	**Chlamydia IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$252.000	
1201	908889B	**Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$414.800	
1202	908890B	**DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$71.424	
1203	908891B	**IDENTIFICACION DE GENES DE RESISTENCIA PARA MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$1.974.000	
1204	911001B	**ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA	$46.800	
1205	911002B	**ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION EN TUBO	$46.800	
1206	911003B	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$46.400	
1207	911004B	**ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$23.500	
1208	911005B	**ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA Incluye: CUALQUIER TECNICA	$46.400	
1209	911006B	**ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION EN TUBO Incluye: CUALQUIER TECNICA	$46.800	
1210	911007B	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$65.000	
1211	911008B	**COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$65.000	
1212	911009B	**COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	$17.500	
1213	911010B	**COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$17.500	
1214	911011B	**FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO	$551.300	
1215	911012B	**FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTIGENO	$551.300	
1216	911013B	**FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	$115.500	
1217	911014B	**FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTIGENO EN TUBO	$115.500	
1218	911015B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	$115.500	
1219	911016B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	$115.500	
1220	911017B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$11.900	
1221	911018B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$11.900	
1222	911019B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	$32.900	
1223	911020B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	$32.900	
1224	911023B	**ESTUDIO DEL ANTIGENO Rh D VARIANTE POR MICROTECNICA	$115.500	
1225	911024B	**ESTUDIO DEL ANTIGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	$115.500	
1226	911034B	**DETECCION DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$53.300	
1227	911035B	**DETECCION DE ISOAGLUTININAS POR MICROTECNICA	$53.300	
1228	911036B	**TITULACION DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$53.300	
1229	911037B	**TITULACION DE ISOAGLUTININAS POR MICROTECNICA	$53.300	
1230	911038B	**DETERMINACION DEL ANTIGENO H EN EL GLOBULO ROJO O EN OTROS FLUIDOS CUALQUIER TECNICA	$551.300	
1231	860205B	**TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	$61.227	
1232		TOMA DE MUESTRA domiciliaria		
1233	912102B	TOMA DE MUESTRA domiciliaria perímetro urbano	$33.999	
1234	ITEM	AMPOLLAS DE ESTIMULACION		
1235		ESTIMULO ACTH AMPOLLA DE 0,25 mg	$796.718	
1236		ESTIMULO GLUCAGON AMPOLLA	$237.300	
1237		ESTIMULO GnLH-RH LIBERADORA AMPOLLA 100ug	$237.300	

1238		NO INCLUIDO DEBE PASAR POR EIPS		
1239	903070	IDENTIFICACIÓN DE OTRA PROTEÍNA (ESPECÍFICA)	$1.506.800	
1240	903201	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTÍMULO BH-4	$96.800	
1241	903441	IDENTIFICACIÓN DE OTRA ENZIMA (ESPECÍFICA)	$365.900	
1242	903882	PRUEBA DE RIFAMPICINA (4 MUESTRAS)	$1.291.500	
1243	903896	Cistatina C	$143.000	
1244	905209	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$133.100	
1245	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$263.600	
1246	905415	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO	$216.500	
1247	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	$85.200	
1248	905747	PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$75.600	
1249	905757	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$198.000	
1250	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$74.400	
1251	906703	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$101.200	
1252	906705	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$101.200	
1253	906727	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$101.200	
1254	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$101.200	
1255	906734	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$101.200	
1256	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$101.200	
1257	906753	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$101.200	
1258	P906801	**PEPSINOGENO 1	$157.300	
1259	906857	FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL	$700.400	
1260	908315	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA	$96.800	
1261	908323	GLUCÓGENO CURVA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (DETERMINACIÓN DE GLUCOSA Y ÁCIDO LÁCTICO)	$357.400	
1262	908602	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS, MEDICIÓN DE CADA UNA	$1.680.000	
1263	908603	ENZIMAS GLICOLÍTICAS, MEDICIÓN DE CADA UNA	$1.260.000	
1264	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA	$1.260.000	
1265	908860	Plasmodium especies IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES	$682.500	
1266	908892	Virus del Papiloma Humano VPH GENOTIPO	$246.800	

Nota 1: El oferente deberá diligenciar únicamente la tarifa ofertada, en la columna correspondiente.
Nota 2: El oferente debe declarar bajo su responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de la persona jurídica que representa, que mantendrá los precios ofertados durante el plazo de ejecución del contrato.
Nota 3: La propuesta que sobrepase el precio techo de alguno de los ítems no será tenida en cuenta para la verificación.
Nota 4: El precio techo es inmodificable

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

FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES No 7 MIC 178 2024 cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7**

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 Mínima Cuantía, para la celebración de un contrato estatal para el **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7**

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **Policía Nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **Policía Nacional** y/o sus designados.
3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.
6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.
7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.
8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato**.**
9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.
10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.
11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **Policía Nacional**.
12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.
13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

_____

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

FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía Número PN RASES No 7 MIC 178 2024 cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7**

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

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

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

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones Policiales en donde preste mis servicios.

Nota: seleccionar, según corresponda.

De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES No 7 MIC 178 2024 cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7**

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

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7, 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 NO. 7 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 NO. 7, 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 NO. 7 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,[1] son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente: _____

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

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

COMPROMISO SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7
Ciudad.

Yo, _____ me comprometo a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, de tal forma que el bien que suministrare cumple los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental.

Declara mediante esta certificación que conozco la Legislación Colombiana sobre protección a la salud humana, los recursos naturales y el medio ambiente y me obligo a cumplirla, en especial los principios constitucionales, la Ley 1252 del 27/11/2008, Decreto 4741 del 30/12/2005, Resolución 372 del 26/02/2009, Resolución 1446 del 02/09/2005, Resolución 1488 del 02/09/2005, y otras que establezca el Ministerio del Medio Ambiente y las del Ministerio de Salud y demás normas concordantes y complementarias normatividad.

La aplicación de buenas prácticas ambientales y las normas ambientales.

Que los artículos 79 y 80 de la Constitución Política consagran el derecho colectivo a gozar de un ambiente sano y el deber del estado de proteger la diversidad e integridad del ambiente, planificar el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales a fin de garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución y prevenir los factores de deterioro ambiental.

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 38 del Decreto Ley 2811 de 1974, por razón del volumen o de la cantidad de los residuos o desechos, se podrá imponer a quien los produce la obligación de recolectores, tratarlos o disponer de ellos, señalando los medios para cada caso.

Qué así mismo, conforme lo dispone el numeral 14 del artículo 5 de la Ley 99 de 1993, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial tiene entre sus funciones definir y regular los instrumentos administrativos y mecanismos necesarios para la prevención y el control de los factores de deterioro ambiental y determinarlos criterios de evaluación, seguimiento y manejo ambiental de las actividades económicas.

Resolución 00090 de 15 de enero de 2018, Por la cual se actualiza el Manual de contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014.

Por lo anterior cumpliré con toda la normatividad descrita anteriormente y seré el único responsable por el cumplimiento de las normas ambientales, de recursos naturales y salud humana.

_____
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

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7
Ciudad.

Yo....., identificado con la cedula de ciudadanía No..... de....., certifico que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales (publicas), mixtas y privadas de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los articulos1,2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993,asi como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que los representantes legales, miembros de junta directiva, accionistas, socios fundadores, contador público y revisoría fiscal no se encuentran incursos en ninguna de ellas.

Dada en la ciudad de .....a los ..... días del mes de .....de 2026.
Cordialmente,

El proponente:

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

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7
Ciudad.

El suscrito .....identificado con cédula de ciudadanía No..... actuando como representante legal de la sociedad ..... con NIT. ..... me comprometo a sostener los precios ofertados dentro del proceso de selección de Mínima Cuantía, cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7** durante la vigencia, adiciones y en caso de que se llegara a sustituir los recursos.

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

CERTIFICADO DE NO ESTAR REPORTADO EN LA PÁGINA DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

El (la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ expedida en _____, manifiesto que no me encuentro incurso de dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en el artículo No. 6 de la ley 2079 del 2021 y tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales establecidas para contratar con el Estado (La Regional de Aseguramiento en Salud No. 7). En especial, que no aparezco reportado en la página de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) reglamentado por la Ley 2097 de 2021, Por medio de la cual se crea el registro de deudores alimentarios morosos (redam) y se dictan otras disposiciones".

Anexar certificado expedido por la página web: https://registro.redam.gov.co/signin-home

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

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

El(la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ expedida en _____, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Anexar certificado expedido por la página web: https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

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

FORMULARIO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Villavicencio,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7
Ciudad

Ref.: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación de Mínima cuantía PN RASES No 7 MIC 178 2024 cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7**

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 de Mínima cuantía **PN RASES No 7 MIC 142 2026**, convocado para la **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7** 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. Los ítems se encuentran detalladamente enunciados en la invitación y en el anexo N° 1 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 Formatos.

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga al proponente que represento.

3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

4. Que el proponente, en este caso es la ***XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, con Nit. XXXXXXXXX*** está, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de una proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)

5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

6. Que nos comprometemos a proveer a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, el servicio ofrecido en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación para la Contratación de mínima cuantía, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

7. Declaramos bajo nuestra responsabilidad, que la **PRESTACION DE SERVICIOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.7** En el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, sus Anexos y sus Formatos.

8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan.

9. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

10. Reconocemos que ni la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

11. Reconocemos que ni la invitación a presentar ofertar del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.

12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la Ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7 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).

13. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de

la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

14. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

15. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 7 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

16. Que la presente propuesta consta de los soportes anexados dentro del proceso SECOP II

17. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax, E-mail.

18. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).

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

20. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días, contados a partir de la presentación de la misma.

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida 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

Ciudad, seleccionar la fecha.

CARTA DE COMPROMISO RECURSO HUMANO

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad

Yo, _____ en mi calidad de Representante Legal de la firma _____, certifico bajo la gravedad de juramento que cuento con el RECURSO HUMANO solicitado en el proceso de contratación No. _____, el cual cumple con la formación académica y experiencia requerida al igual que cumplirá con las funciones a realizar estipuladas.

Con la firma de este documento la entidad certifica que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia como mínimo un (1) año de Experiencia laboral en el ejercicio profesional.
La unidad prestadora de salud de Meta se reserva el derecho de verificar la información que se encuentra respaldada con la presente carta de compromiso.

RELACIÓN TALENTO HUMANO				
NOMBRE DEL TÉCNICO I/O PROFESIONAL	**TITULO DE FORMACIÓN TÉCNICA**	**INSTITUCIÓN QUE EXPIDIO EL TÍTULO**	**TÍTULO DE FORMACIÓN PROFESIONAL**	**UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÍTULO**

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

Código: 3SS-FR-0006	**PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 24/10/2018	**REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**	
Versión: 3		

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

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:					
FECHA DE NOTIFICACIÓN	DD	MM	AA	**CÓDIGO DE REPORTE:**	

ATENCIÓN: Los campos identificados con el PUNTO NEGRO corresponden a la mínima información necesaría 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**
		F	M	

7. MÉDICO TRATANTE:	

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. FECHA OCURRENCIA			**9. HORA**			**10. ÁMBITO DE OCURRENCIA**			
DD	MM	AA		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 se 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 genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.	**Complicacion:** Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente.

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

M	DM	**15. NOMBRE**	•	**16. DOSIS/REGIMEN/VÍA**	**17. LOTE**	**18. REFERENCIA/MODE**	**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 acatamiento de normas de seguridad del hospital.
* Poca colaboración del paciente
* Suministro de información insuficiente sobre antecedentes

MÉTODOS Y PROCESOS

* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Etapas del proceso poco claras o definidas.
* No se dispone de protocolos o estándares.
* Los protocolo y estándares no están

MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO

* Congestión, desorden, falta de espacio.
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, etc.
* Estructura y diseño de las

EVENTO PRESENTADO

MEDICAMENTOS , DISPOSITIVOS MEDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO)

* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Claridad en etiquetas o instructivos.
*Falta de funcionamiento.
*No disponibilidad

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)

*Decisiones erradas
*Personal insuficiente
*Lapusu o 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		
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA

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

Fecha de verificación			Jefe del área	Responsable Seguridad del Paciente
DD	MM	AAAA		

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 diagnóstico 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 día, 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 procedimientos 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 raíz 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 raíz 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. Qué 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.