



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



### INVITACION CERRADA MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. 080 DE 2019 PARA PRESENTAR PROPUESTA

Granada Meta, 11 de febrero de 2019

Doctora  
**MARTHA BEATRIZ DUSSAN FLOREZ**  
Cédula de ciudadanía No. 21.233.172  
Gerente General  
**LABORATORIO CLÍNICO MARTHA DUSSAN Y CIA LTDA.**  
NIT. 822002671-3  
Carrera 40 No. 35 – 42, Barrio Barzal  
Teléfono: (8) 6610039  
Villavicencio

**ASUNTO: SERVICIO DE EXAMENES ESPECIALIZADOS DE LABORATORIO PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Respetado Doctor:

Por medio de la presente invitación, nos permitimos dar a conocer las condiciones técnicas y económicas mínimas, para la prestación del servicio requerido así:

#### OBJETO DEL FUTURO CONTRATO

**“PRESTAR EL SERVICIO PARA EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE II, III Y IV NIVEL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.”.**

#### RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE

Para satisfacer la necesidad, se adelantará un contrato de Prestación de Servicios, a través de la modalidad de contratación directa, el cual estará sometido a la legislación y jurisdicción Colombiana por ser esta una Empresa Social del Estado de categoría especial, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Título II del Libro II de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011; Que el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, establece que las Empresas Sociales del Estado se someterán al régimen contractual de derecho privado y se regirá por lo preceptuado en el Estatuto Interno De Contratación Acuerdo 203 de 2016, así como el descrito en el artículo 6. Numeral 6.1.3 y el 11 numeral 3 del Manual Interno de Contratación Resolución.No 312 de 2016, cuyas reglas se determinan por las normas del derecho civil y comercial y las aquí descritas; se hace oportuno indicar que se seleccionará la propuesta siempre y cuando cumpla con las condiciones exigidas, dentro de los estudios y documentos previos, así como por las demás disposiciones legales que la complementen, modifiquen o reglamenten.



**“UN HOSPITAL PARA TODOS”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



Lo anterior en razón a que este es un proceso que no supera la cuantía de doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes, establecida en el artículo 15 del acuerdo 203 de 2016 de Estatuto Interno De Contratación, que tiene como valor estimado la suma de **SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, por lo cual la modalidad de selección es en la modalidad de Contratación Directa.

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

El contratista deberá procesar para el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA, aquellos laboratorios especializados de II, III y IV nivel. Los exámenes de referencia corresponden a los relacionados a continuación e indicados en el ANEXO TECNICO Nro. 2, el cual hace parte integral de la presente Invitación. **EL CONTRATO SE TOMARA POR VALORES UNITARIOS HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO.**

Para la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, el contratista debe contemplar y tener en cuenta las normas aplicables al objeto contractual y cumplir con las especificaciones técnicas y condiciones mínimas señaladas en el estudio previo.

El laboratorio a contratar debe contar mínimo con los siguientes exámenes dentro de su portafolio, adicionalmente dentro de la ejecución contractual si se hace necesario otro tipo de examen que el laboratorio externo tenga dentro de su portafolio y que no esté contemplado dentro de la lista el Hospital podrá requerirlo.

ITEM	NOMBRE	MUESTRA	REPORTE (en días hábiles)
1	ACIDO FOLICO	Suero 1 ml. Proteger de la luz.	1
2	ACIDO FOLICO ERITROCITARIO	Sangre total con EDTA: 5 mL. Proteger de la luz (envolver en papel aluminio).	2
3	ACIDO VALPROICO	Suero 1 mL	1
4	ACIDO VALPROICO LIBRE	Suero: 2 mL.	2
5	ACTH (Hormona Adrenocorticotropica)	Plasma con Edta congelado: 1 mL	1
6	ACTH P.M.	Plasma con Edta congelado: 1 mL	1
7	ADENOSIN DEAMINASA (ADA)	LCR, Líquido pleural, ascítico, sinovial, pericárdico	2
8	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS EN ORINA	Orina al azar: 20 mL. Enviar refrigerado	2
9	ANFETAMINAS: CUALITATIVAS	Orina al azar: 10 mL	1
10	ANTICOAGULANTE LUPICO COMPLETO (TVVRD-FOSFOLIPID)	Plasma citratado congelado: 2 mL	1
11	ANTICOAGULANTE LUPICO: PRUEBA PRESUNTIVA	Plasma citratado congelado: 1mL	1
12	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES (PTT Cruzado)	Plasma citratado congelado: 3mL	1
13	ANTICUERPOS ANTI PM Scl (PM-1)	Suero 2 mL enviar dos tubos	8
14	ANTICUERPOS ANTI (LA) SSB	Suero 1 mL	1
15	ANTICUERPOS ANTI (RO) SSA	Suero 1 mL	1
16	ANTICUERPOS ANTI DNA (DOBLE CADENA) (IFI)	Suero 1 mL	3

SA



# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

17	ANTICUERPOS ANTI JO-1	Suero 1 mL	1
18	ANTICUERPOS ANTI MOG (MIELINA OLIGODENDROCITO GLICOPROTEÍNA)	Suero 3 mL	15
19	ANTICUERPOS ANTI RPN	Suero 1 mL	1
20	ANTICUERPOS ANTI Scl 70 (Topoisomerasa 1)	Suero 1 mL	1
21	ANTICUERPOS ANTI SM	Suero 1 mL	1
22	ANTICUERPOS ANTICEMENTO INTERCELULAR. PENFIGO	Suero 1 mL	8
23	ANTICUERPOS ANTICENTROMERO	Suero 1 mL	3
24	ANTICUERPOS ANTICITRULINA (Artritis Reumatoidea)	Suero 1 mL	1
25	ANTICUERPOS ANTIESPERMATOZOIDE	Suero 1 mL	2
26	ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLIPASA A2	Suero 2 mL	15
27	ANTICUERPOS ANTI-MDA5 (CADM140)	Suero 3 mL	20
28	ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES	Suero 1 mL	1
29	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA (AMA)	Suero 1 mL	1
30	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA M2	Suero 1 mL	1
31	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANAS)	Suero 1 mL	3
32	ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS	Suero 1 mL	2
33	ANTICUERPOS ANTI-SINETASA (Mi-2, Ku, Jo1, PL-7, PL-12, OJ, EJ) ANTI-SRP Y ANTI-PMSCL.	Suero: 4 mL. Libre de hemolisis y lipemia.	35
34	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA (COLOIDALES)	Suero 1 mL	1
35	ANTICUERPOS ANTITIROIDES PEROXIDASA (Anti TPO)	Suero 1 mL	1
36	ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	Suero 1 mL	1
37	ANTIGENO P24 (HIV) CUANTITATIVO	Suero Refrigerado libre de hemolisis y lipemia: 4 mL	10
38	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	Suero 1 mL	1
39	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE	Suero 1 mL. Refrigerar	1
40	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL Y LIBRE	Suero 1 mL. Refrigerar	1
41	BENZODIAZEPINICOS CUALITATIVOS (En Jugo Gastrico-Capa fina)	Jugo gastrico: Lo recolectado. Estabilidad 48 horas	1
42	BENZODIAZEPINICOS CUALITATIVOS (En Orina-Capa fina)	Orina al azar: 10 mL.	1
43	BENZODIAZEPINICOS CUANTITATIVOS (En Orina)	Orina al azar: 20 mL.	2
44	BENZODIAZEPINICOS CUANTITATIVOS (En Sangre): NIVELES SERICOS	Suero 1 mL	8
45	CA 125 (Marcador de Ca. de Ovario)	Suero 1 mL	1
46	CA 15-3 (Marcador de Ca. de mama)	Suero 1 mL	1
47	CA 19-9 (Marc. Ca. Páncreas y T.Digest.)	Suero 1 mL	1
48	CA 27-29 (Marcador activ. Ca de mama)	Suero 4 mL. Enviar 2 tubos	8



## "UN HOSPITAL PARA TODOS"

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

49	CA 72-4 (Marcador tumoral gastrointestinal)	Suero congelado: 2 mL Enviar 2 tubos	8
50	CARBOXIHEMOGLOBINA	Sangre total-Edta ó Heparina: 5 mL	1
51	CARDIOLIPINAS: ANTICUERPOS IgA	Suero sin hemólisis : 1 mL.	1
52	CARDIOLIPINAS: ANTICUERPOS IgG	Suero sin hemólisis : 1 mL.	1
53	CARDIOLIPINAS: ANTICUERPOS IgM	Suero sin hemólisis : 1 mL.	1
54	CD4 (CD45/CD4)	Sangre total fresca con EDTA: 5 ml a T° ambiente, no congelar ni refrigerar.	2
55	CELULAS FALCIFORMES (Drepanocitos)	Sangre total-Edta: 5 mL.	2
56	CELULAS L.E.	Suero 1 ml	2
57	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG: PRUEBA DE AVIDEZ	Suero 3 mL	8
58	CITOMEGALOVIRUS DNA CARGA VIRAL	Sangre Total o plasma con Edta: 5 mL. L.C.R: 3 mL.	8
59	CITOMEGALOVIRUS DNA DETECCION POR PCR (Detector)	Sangre Total Edta: 5 mL o Diferentes muestras	8
60	CITOMEGALOVIRUS EN ORINA (INCLUSIONES)	Orina al azar, recién emitida: 10 mL	3
61	CITOMEGALOVIRUS GENOTIPO (UL97, UL54)	Ver Anexo	15
62	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG	Suero 1 mL	1
63	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG en LCR	L.C.R. 1mL.	1
64	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM	Suero 1 mL	1
65	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM en LCR	L.C.R. 1mL.	1
66	CORTISOL A.M.	Suero 1 mL. Tomar 8 A.M.	1
67	CORTISOL EN SALIVA	Ver Anexo	8
68	CORTISOL LIBRE URINARIO: En orina de 24 h	Orina 24 horas: 20 mL: Registrar volumen de 24h.	1
69	CORTISOL P.M.	Suero 1 mL. Tomar 4 P.M.	1
70	CORTISOL: 2 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra	1
71	CORTISOL: 3 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra	1
72	CORTISOL: 4 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra	1
73	CORTISOL: GLOBULINA TRANSPORTADORA (TRANSCORTIN)	Suero 3 mL. Enviar dos tubos	18
74	CORTISOL: PRE Y POS SUPRESION-DEXAMETASONA: 2 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra. Ver anexo	1
75	CORTISOL: TEST DE SUPRESION-DEXAMETASONA: 1 Muestra	Suero 1 mL. c/muestra. Ver anexo	1
76	DENGUE ANTICUERPOS Ig G (EIA)	Suero 1 mL	1
77	DENGUE ANTICUERPOS Ig M (Inmunocaptura) (EIA)	Suero 1 mL	1
78	DENGUE Antígenos NS1 y Anticuerpos IgG e IgM (P. rápida)	Suero 1 mL	1
79	DENGUE DETECCION ANTÍGENO NS1 (P. rápida)	Suero 1 mL	1

Handwritten signature



## “UN HOSPITAL PARA TODOS”

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



80	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgA	Suero 3 mL en dos viales plasticos.	10
81	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgG	Suero 1 mL	1
82	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgG en LCR	L.C.R: 1 mL	1
83	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgM	Suero 1 mL	1
84	EPSTEIN BARR: ANTIGENO NUCLEAR: Ac. IgG (EBNA IgG)	Suero 2 mL.	8
85	EPSTEIN BARR: ANTIGENO NUCLEAR: Ac. IgM (EBNA IgM)	Suero 2 mL.	8
86	EPSTEIN BARR: ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgA	Suero 2 mL.	10
87	EPSTEIN BARR: ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgG	Suero 2 mL.	8
88	EPSTEIN BARR: ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgM	Suero 2 mL.	8
89	ESTRIOL LIBRE (No Conjugado)	Suero 500 uL. Registrar semanas de embarazo	1
90	FENOBARBITAL	Suero en ayunas: 1 mL. Tomar muestra antes de la Dosis.	1
91	FERRITINA	Suero 1 mL	1
92	FIBRINOGENO	Plasma Citratado libre de hemólisis en estricta congelación: 1 mL . 2 tubos	1
93	FIBRINOGENO: PRODUCTOS DE DEGRADACION	Plasma Citratado libre de hemólisis en estricta congelación: 1 mL . 2 tubos	1
94	HEPATITIS A: Anticuerpos IgM (AntiHAV IgM)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1
95	HEPATITIS A: Anticuerpos Totales (Anti. HAV Totales)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1
96	HEPATITIS B: Ac. contra el Ag "e" (Anti-AgHBe)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1
97	HEPATITIS B: Ac. contra el Ag. de Sup. (Anti-AgHBs)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1
98	HEPATITIS B: Ac. Core IgM (AntiHbc IgM)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1
99	HEPATITIS B: Ac. Core Total (Ac. Hbc Totales)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1
100	HEPATITIS B: Ag. de superficie: P. DE NEUTRALIZACIÓN	Suero en ayunas, libre de hemólisis: 1 mL	8
101	HEPATITIS B: Antigeno "e" (Ag-HBe)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1
102	HERPES I: Anticuerpos Ig G	Suero 1 mL	1
103	HERPES I: Anticuerpos Ig M	Suero 1 mL	1
104	HERPES II: Anticuerpos Ig G	Suero 1 mL	1
105	HERPES II: Anticuerpos Ig M	Suero 1 mL	1
106	HIERRO SERICO TOTAL (Sideremia)	Suero 2 mL	1
107	HIV PRUEBA CONFIRMATORIA, WESTERN BLOT	Suero libre de hemólisis: 2 mL	5
108	INMUNOGLOBULINA A. IgA	Suero 1 mL	1



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



109	INMUNOGLOBULINA A. IgA EN ORINA AL AZAR	Orina al azar: 10 mL	8
110	INMUNOGLOBULINA A. IgA EN ORINA DE 24 HORAS	Orina 24 Horas: 20 mL	8
111	INMUNOGLOBULINA A. IgA, EN L.C.R.	L.C.R. Congelado 2 mL	8
112	INMUNOGLOBULINA D	Suero 1 mL	4
113	INMUNOGLOBULINA E	Suero 1 mL	1
114	INMUNOGLOBULINA G	Suero 1 mL	1
115	INMUNOGLOBULINA G (IgG), ORINA	Orina 24 Horas: 20 mL	8
116	INMUNOGLOBULINA G SUBCLASES: IgG1-IgG2-IgG3-IgG4	Suero en ayunas: 1 mL	8
117	INMUNOGLOBULINA G4 (IgG4)	Suero 3 mL	8
118	INMUNOGLOBULINA M (IgM)	Suero 1 mL	1
119	INMUNOGLOBULINA M (IgM) EN LCR	L.C.R.: 2 mL	8
120	INMUNOGLOBULINA M (IgM) EN ORINA	Orina 24 Horas: 20 mL	8
121	INMUNOGLOBULINAS IgA, IgG, IgM, EN LCR	L.C.R. Congelado: 3 mL	8
122	INMUNOGLOBULINAS IgA, IgG, IgM, EN ORINA	Orina 24 Horas: 20 mL	8
123	LEPTOSPIRA: Anticuerpos Ig G	Suero 2 mL	1
124	LEPTOSPIRA: Anticuerpos Ig M	Suero 2 mL	1
125	LH (Hormona Luteinizante)	Suero 1 mL	1
126	MUSCULO LISO: Anticuerpos (ASMA)	Suero: 1 mL	1
127	PARATOHORMONA INTACTA (PTH)	Suero o Plasma-Edta-congelado: 2 mL. No tubos con gel.	1
128	PROCALCITONINA CUANTITATIVA	Suero 2 mL	1
129	PROLACTINA POOL	Pool de 3 muestr.C/20'. Suero: 1 mL	1
130	RUBEOLA: Anticuerpos IgG	Suero: 2 mL.	1
131	RUBEOLA: Anticuerpos IgG (Test De Avidéz Para las IgG)	Suero: 2 mL.	12
132	RUBEOLA: Anticuerpos IgM	Suero: 2 mL.	1
133	T3 LIBRE	Suero 1 mL	1
134	T3 TOTAL	Suero 1 mL	1
135	T3-T4-TSH	Suero 1 mL	1
136	T4 (Tiroxina - T4 Total)	Suero 1 mL	1
137	T4 (TIROXINA) ANTICUERPOS	Suero libre de hemólisis y lipemia: 3 mL.	10
138	T4 LIBRE	Suero 1 mL	1
139	T4 NORMALIZADO (T4N) (T3 UP TAKE + T4)	Suero 1 mL	1
140	TSH ULTRASENSIBLE (3ra Generación)	Suero 1 mL.	1
141	VITAMINA A (Retinol)	Suero congelado: 4mL. Proteger de la luz	8

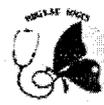
AA





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

142	VITAMINA B1 EN PLASMA (Tiamina)	Plasma con Edta: 5 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	8
143	VITAMINA B12 (Cianacobalamina)	Suero 1 mL. Proteger de la luz	1
144	VITAMINA B2 EN PLASMA (Riboflavina)	Plasma con Edta congelado: 6 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	8
145	VITAMINA B2 EN SANGRE TOTAL	Sangre Total con Edta: 5 mL. Proteger de la luz	8
146	VITAMINA B3 (Niacina)	Suero con Edta congelado: 6 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	15
147	VITAMINA B5 (Ácido Pantoténico)	Suero congelado: 4mL. Enviar 2 tubos- proteger de la luz	25
148	VITAMINA B6 EN PLASMA (Piridoxina)	Plasma con Edta congelado: 6 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	8
149	VITAMINA C (Ácido Ascórbico)	Suero o Plasma con Edta congelado. 4 mL. Proteger de la luz	8
150	VITAMINA D 1.25 DEHIDROXI	Suero 4 mL en 2 tubos. Proteger de la luz	2
151	VITAMINA D 25-HIDROXI (Calciferol)	Suero 2 mL . Proteger de la luz	1
152	VITAMINA E (Tocoferol)	Suero refrigerado. 4 mL. 2 tubos. Proteger de la luz	8
153	VITAMINA K1	Suero : 5 mL. Protegida de la luz.	15

## PRUEBAS NO CONTENIDAS EN EL MANUAL TARIFARIO SOAT

ITEM	NOMBRE	MUESTRA	REPORTE (en días hábiles)
1	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS BLOQUEADORES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
2	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS FIJADORES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
3	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS MODULADORES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
4	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS TOTALES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
5	ADENOSIN D AMINASA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
6	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACC LIBRE	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
7	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO MIC-VTK	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
8	ANTIBIOGRAMA PARA HONGOS - MIC	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
9	ANTICOAGULANTE LÚPICO VENENO/VIBORA DE RUSSELL	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
10	ANTICUERPOS ANTI CITRULINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
11	ANTICUERPOS RECEPTORES DE TSH	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
12	ANTICUERPOS TRANSGLUTAMINA TISULAR IgA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
13	ANTITROMBINA 3 FUNCIONAL	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.



### "UN HOSPITAL PARA TODOS"

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
 TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
 LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



14	BETA 2 GLICOPROTEINA 1 IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
15	BETA 2 GLICOPROTEINA 1 IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
16	BETA-HCG LIBRE	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
17	CALPROTECTINA, HECES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
18	CARGA VIRAL VIH	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
19	CARGA VIRAL VIRUS HEPATITIS C	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
20	CATECOLAMNINAS DIFERENCIADAS EN PLASMA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
21	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
22	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
23	CLOSTRIDIUM DIFFICILE Toxina A+B	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
24	CITRATO (ACIDO CITRICO EN ORINA)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
25	COFACTOR RISTOCETINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
26	CORTISOL EN ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
27	CORTISOL LIBRE EN ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
28	CRUPTOCOCOS EN SUERO ANTICUERPO	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
29	CROMOGRANINA A	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
30	C-TELOPEPTIDO	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
31	DENGUE ANTICUERPOS IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
32	DEOXIPRIDINOLINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
33	ELASTASA PANCREATICA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
34	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
35	FACTOR 5 DE LEIDEN	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
36	FACTOR VON WILLEBRAN (FW Antígeno)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
37	FOSFOLIPIDOS Ig G	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
38	FOSFOLIPIDOS Ig M	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
39	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO en materia fecal.	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
40	HELICOBACTER PYLORI Ig M	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
41	HELICOBACTER PYLORI IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
42	HEPATITIS B CARGA VIRAL	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.

*Handwritten signature or mark*



# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

43	HLA-B27 molecular (PCR)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
44	HOMOCISTEINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
45	INMUNOFIJACIÓN (INMUNOELECTROFORESIS EN SUERO)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
46	Inmunoglobulina D dosificada	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
47	INMUNOGLOBULINA G SUBTIPOS	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
48	INMUNOGLOBULINA Kappa y Lambda	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
49	INSULINA LIBRE	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
50	LEPTINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
51	LEPTOSPIRA DETERMINACIÓN DE AC IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
52	LEPTOSPIRA DETERMINACIÓN DE AC IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
53	LINFOCITOS CD 3	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
54	LINFOCITOS NK (CD16, CD3 y CD56)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
55	METANEFRIAS DIFERENCIADAS EN ORINA DE 24H	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
56	MYCOBACTERIUM PCR- LCR, LAVADO GASTRICO, ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
57	OXALATOS EN ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
58	PROBNP-PÉPTIDO NATRIURÉTICOS	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
59	PROCALCITONINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
60	PROTEINA LIGADORA DE SOMATOMEDINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
61	PROTEINA LIGADORA DEL ANALOGO DE LA SOMATOMEDINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
62	PROTEINA TRANSPORTADORA DE TESTOSTERONA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
63	PROTROMBINA MUTACIÓN	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
64	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
65	RESISTENCIA PROTEINA C-	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
66	SANGRE OCULTA HUMANA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
67	TAMIZAJE NEONATAL METABÓLICO	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
68	TAMIZAJE PRIMER TRIMESTRE- ANEPLIIDIAS	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
69	TEST DE AVIDEZ TOXOPLASMA GONDI	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
70	TIROGLOBULINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
71	TRIPANOSOMA CRUZI (Chagas IFI confirmatoria Ac IgG)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.

AA



## "UN HOSPITAL PARA TODOS"

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

72	TRIPANOZOMA CRUZI (Chagas IFI confirmatoria Ac IgM)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
73	VIH 1 y 2, ANTICUERPOS CUARTA GENERACIÓN (Antígeno Y Anticuerpo)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
74	VITAMINA D3	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
75	VITAMINA B3 (NIACINA)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
76	VITAMINAS B2 (RIBOFLAVINA)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
77	VITAMINA E (TOCOFEROL)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
78	VPH determinación 16 cepas	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.
79	VPH determinación 28 cepas	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) siguientes al montaje.

EL CONTRATO SE TOMARA POR VALORES UNITARIOS DE CONFORMIDAD AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA, HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA DICHOS FINES.

#### REQUISITOS TÉCNICOS QUE DEBE CUMPLIR EL CONTRATISTA:

1. El laboratorio externo a contratar deberá estar debidamente habilitado y contar con certificados de calidad, y última visita de la Secretaría de Salud Departamental.
2. Contar con Red de Apoyo de Referencia y Contra referencia.
3. Permitir verificación de requisitos o parámetros de calidad de las pruebas contratadas por parte del Hospital.
4. Hacer entrega del portafolio de servicios.
5. En caso de que algún examen especializado sea requerido por el Hospital que no esté incluido en el anterior listado, el mismo podrá ser prestado de acuerdo al portafolio de servicios del laboratorio contratado.
6. El Laboratorio clínico deberá estar inscrito y habilitado en el Registro Especial de Prestadores y tener vigente su inscripción durante la ejecución del contrato, para lo cual deberá anexar a su propuesta el Certificado de Habilitación vigente.
7. Certificar que el CONTRATISTA deberá haber realizado la declaratoria de requisitos esenciales, actas de compromiso, condiciones sanitarias y cumplimiento acordadas con el ente territorial de salud respectivo, tener implementando su sistema de garantía de calidad y un sistema de información gerencial y bioestadística acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Salud.
8. El CONTRATISTA deberá certificar la suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a los usuarios del Hospital Departamental de Granada E.S.E.

El Contratista prestará los servicios materia del presente Contrato, con plena autonomía profesional, científica, técnica y administrativa, sin restricciones, límites ni formalidades que puedan reñir con el libre ejercicio de su actividad profesional ni con la atención de los usuarios del Contratante, asumiendo el Contratista total y exclusivamente la responsabilidad que se derive de la calidad e idoneidad de los mismos, al igual que por sus compromisos legales frente a terceros. Por lo tanto, el Contratista asume la responsabilidad que le sea imputable por los actos y omisiones que se presenten con ocasión de la prestación de los servicios. En consecuencia, el Contratista mantendrá indemne y defenderá al Contratante de cualquier pleito, queja o demanda de cualquier naturaleza, provenientes de actuaciones negligentes y omisiones comprobadas del Contratista en la prestación de los servicios materia del presente Contrato; lo anterior, sin perjuicio de que



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

el Contratante pueda llamar al Contratista en garantía dentro de un eventual proceso judicial que se llegare a adelantar por dichas circunstancias.

### VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

Se tiene como presupuesto estimado la suma de **SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**. El valor estimado del contrato se calcula sobre un periodo plenamente justificado para garantizar la oportunidad en la prestación de servicios de salud

Con el fin de establecer el valor de la presente contratación, se realizó el estudio de precios de acuerdo al historial de contratos existentes en el Hospital Departamental de Granada E.S.E., teniendo en cuenta estas variables, se estableció que el presupuesto oficial estimado es por la suma de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA Sin embargo, en el momento de la suscripción del contrato que es un valor estimado y que el valor final del contrato, será el que resulte de multiplicar el valor determinado para cada EXAMEN PROCESADO a la tarifa definida por las partes en el futuro contrato.

El Hospital Departamental de Granada ESE no reconocerá valores adicionales a los aquí pactados, por ningún concepto, a excepción de las novedades debidamente certificadas y autorizadas por el supervisor del contrato. El servicio prestado de acuerdo a la propuesta, podrá ser modificado por las partes, pudiendo disminuirlos o aumentarlos o suspenderlos de acuerdo a los requerimientos de la ES.E, previa solicitud del supervisor.

### CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El valor del contrato que se pretende se ampara certificado de disponibilidad presupuestal No 00214 del 06 de febrero de 2019, del Rubro: B0B040202 PRESUPUESTO DE GASTOS, GASTOS DE OPERACIÓN, GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL, Gastos para la Prestación de Servicios, Gastos Complementarios e Intermedios. Expedido por la Profesional de Presupuesto.

### PLAZO DE EJECUCION

El plazo de ejecución del contrato será de **SEIS (06) MESES** y/o hasta agotar la disponibilidad presupuestal asignada para dichos fines, la primera condición que ocurra; contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio, la cual deberá ser firmada entre el Supervisor y el Contratista máximo dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del contrato. Para su ejecución se requerirá de la expedición del registro presupuestal y la aprobación de la garantía única si así lo requiere el proceso y suscripción del acta de inicio.

### FORMA DE PAGO

El **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** pagará al **CONTRATISTA** el valor del presente contrato, en pagos mensuales de acuerdo al número de exámenes debidamente procesados y entregados al efectivamente al valor tarifario establecido para cada examen en el portafolio de servicios; así mismo debe estar acompañada de la certificación del revisor fiscal y/o representante legal de que se encuentra al día en todos los pagos de nómina y demás prestaciones laborales de los empleados con los que cuenta para la efectiva prestación del servicio, presentación de la factura respectiva junto con la certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, previo informe de cumplimiento por parte del supervisor del contrato sobre el satisfactorio prestación del servicio. **PARAGRAFO PRIMERO:** El pago estará sujeto igualmente al cumplimiento de los trámites administrativos a que haya lugar. Los documentos soporte para el pago deberá

AA



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

ser avalado por el supervisor del contrato. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. El pago se realizará dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la radicación de las órdenes de pago en la Pagaduría del Hospital, junto con la factura y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor, previa aprobación del PAC, de conformidad con el artículo 617 del Estatuto Tributario, previo visto bueno del supervisor y certificación del pago de los aportes al SGSSS y aportes parafiscales. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Pagaduría del Hospital Departamental de Granada E.S.E. a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARAGRAFO CUARTO:** El Hospital se reserva el derecho al no pago por servicios no prestados, o por los exámenes que no se presten con calidad y oportunidad en la ejecución del contrato. **PARAGRAFO QUINTO:** EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., sólo adquiere obligaciones con el contratista favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

### OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir de manera eficiente y oportuna con las obligaciones contraídas en virtud del presente contrato.
2. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual evitando dilaciones y trabas que afecten el debido desarrollo.
3. Llevar registros, archivos y controles que se requieran para brindar información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo.
4. Acatar las observaciones que formule el Hospital Departamental de Granada E.S.E., a través del supervisor durante la vigencia del contrato.
5. Dar noticia inmediata al supervisor del contrato de las novedades que puedan ocasionar la parálisis de la ejecución del contrato y ofrecer su pronta solución bajo su completa responsabilidad.
6. Mantener informado al Hospital Departamental de Granada E.S.E. de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato.

### OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

El contratista en desarrollo del objeto contractual tendrá las siguientes obligaciones:

1. El laboratorio / contratista deberá retirar de las instalaciones del HOSPITAL las muestras, quien para tales efectos dispondrá de un servicio de mensajería especializado en el traslado de esta clase de elementos, de manera que el CONTRATISTA será el único y exclusivo responsable por los perjuicios que se pudieren causar al Hospital, o a terceros, por daños derivados del traslado de las referidas muestras desde los puntos de entrega, hasta el lugar de realización de las pruebas.
2. El laboratorio / contratista se compromete a realizar el embalaje de las muestras de acuerdo a lo establecido por el Contratista en el "Portafolio de Servicios", cuya actualización es realizada periódicamente por parte del Contratista.
3. El CONTRATISTA declara que el material necesario para el envío de muestras, tales como tubos de polipropileno, etiquetas, y libretas para remisión de pruebas, será suministrado por este último, quien deberá entregar tales elementos al HDG cada vez que le sean requeridos, y en las cantidades solicitadas de acuerdo al número, y tipo de muestras que serán remitidas, sin que por tal concepto se genere la obligación de pago de sumas adicionales por parte del HDG, distintas a la correspondiente contraprestación por los servicios prestados por el Contratista.



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**  
 CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
 TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
 LINEA GRATUITA : 018000965050  
[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

4. El procesamiento de las muestras que sean remitidas por el HDG, así como la realización de las pruebas solicitadas, y la entrega de resultados, se regirá de conformidad con los plazos establecidos para el efecto en el documento denominado "Portafolio de Servicios", que formará parte integral del contrato.
5. El CONTRATISTA se compromete a entregar al HDG los informes escritos parciales, y finales de resultado de las muestras que sean remitidas por el HDG, según lo requerido en cada caso por éste último, haciendo uso del servicio de mensajería dispuesto para tal fin por parte del Contratista, dentro de los plazos dispuestos para el efecto.
6. El CONTRATISTA es el único y exclusivo responsable de preservar y mantener las muestras respecto de las cuales se realizarán las pruebas objeto de este Contrato, desde el momento que las mismas sean entregadas por el personal autorizado del HDG, al servicio de mensajería dispuesto por el Contratista para el traslado de las mismas hasta las instalaciones de este último, de manera que el Contratista deberá responder ante el HDG, o terceros, por los daños que le sean causados, y que se deriven de la indebida preservación de las muestras. Así mismo, el Contratista se obliga a conservar los excedentes de muestras, en caso de existir, por un periodo de dos meses contados a partir del momento de su recepción.
7. El CONTRATISTA deberá disponer de los insumos, equipos, y demás elementos necesarios para la realización de las pruebas de que trata la cláusula primera de este documento, los cuales deben contar con las condiciones técnicas requeridas que permitan garantizar la calidad de las pruebas diagnósticas a realizar.
8. El CONTRATISTA deberá garantizar la absoluta confidencialidad respecto a la identidad de los pacientes a favor de los cuales se realizan las pruebas objeto de este Contrato, así como de los resultados que arrojen las mismas, de manera que deberá mantener indemne al Contratista, por los daños que le sean causados por el incumplimiento de esta obligación de confidencialidad.
9. El CONTRATISTA prestará los servicios materia del presente Contrato, con plena autonomía profesional, científica, técnica y administrativa, sin restricciones, límites ni formalidades que puedan reñir con el libre ejercicio de su actividad profesional ni con la atención de los usuarios del HDG, asumiendo el Contratista total y exclusivamente la responsabilidad que se derive de la calidad e idoneidad de los mismos, al igual que por sus compromisos legales frente a terceros. Por lo tanto, el Contratista asume la responsabilidad que le sea imputable por los actos y omisiones que se presenten con ocasión de la prestación de los servicios del objeto contractual.
10. El CONTRATISTA será el único obligado laboralmente con el personal que disponga para desarrollar el objeto contratado y velará porque se cumpla con las obligaciones, sin perjuicio de la facultad que tiene EL HDG ESE de impartir directrices para la ejecución adecuada del servicio contratado, así como todas aquellas que le faciliten a la entidad ejercer la supervisión.

### GARANTIAS

De conformidad con el inciso final del artículo 7 de la ley 1150 de 2007, y en concordancia con el artículo 26 del Acuerdo 203 de 2016, el Hospital Departamental de Granada Meta, considera pertinente la constitución de las pólizas que a continuación se describen:

GARANTÍA	PRE- CONTRA CTUAL	CONTRA CTUAL	POST- CONTRA CTUAL	APLÍCA	PORCENTAJE (%)	PLAZO



### "UN HOSPITAL PARA TODOS"

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
 TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
 LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



				SI	NO		
Amparo de cumplimiento		X		X		10	Igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, contadas a partir de la expedición de las garantías.
Calidad del Servicio		X		X		10	Igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, contadas a partir de la expedición de las garantías.
Amparo de Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones		X	X	X		20	Igual al término de ejecución del contrato y tres (3) años más, contadas a partir de la expedición de las garantías.
Responsabilidad Civil Extracontractual		X		X		200 SMLMV	Igual al término de ejecución del contrato.

Esta garantía deberá presentarse a favor del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. con NIT 800.037.021-7, dentro de los tres (3) días hábiles siguiente a la fecha de suscripción del contrato y requerirá de la aprobación por parte del HOSPITAL.

**Parágrafo Primero.** En el evento de que el valor del contrato se adicione o su plazo de vigencia se prorrogue o se adicione el contratista ampliará lo correspondiente de acuerdo con la modificación que se suscriba.

#### CAPACIDAD JURÍDICA

- 1) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: De acuerdo con el contenido del modelo suministrado (Anexo No. 1 de la Invitación), suscrita por el representante legal de la persona jurídica, o por la persona natural proponente.
- 2) Oferta económica (Anexo No. 2 de la invitación - determinación clara y precisa del valor a ofertar en moneda nacional corriente, el cual no podrá exceder el valor del presupuesto oficial).
- 3) Propuesta de servicios con las especificaciones técnicas del servicio.
- 4) Compromiso de Transparencia (Anexo No. 3 de la invitación) el oferente apoya y está de acuerdo a las políticas y acciones del Estado en fortalecer la transparencia, y no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad para la celebración de contratos.
- 5) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio o autoridad competente para acreditar la antigüedad.
- 6) PERSONAS NATURALES INSCRITAS EN EL REGISTRO MERCANTIL. Si se trata de personas naturales deberán acreditar su inscripción mediante copia del registro mercantil no mayor a treinta (30) días, en el cual se acredite que su actividad comercial le permite ejecutar los servicios objeto del presente proceso de contratación. En caso de no estar inscrito deberá presentar el Registro Único Tributario - RUT correspondiente, en donde demuestre que desarrolla una actividad similar al de la presente contratación.



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



- 7) Constancia del Certificado de Habilitación vigente. -
- 8) **CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (RUP) DE LA CÁMARA DE COMERCIO:** El proponente persona natural o jurídica, nacional o extranjero con domicilio o sucursal en Colombia, y cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal cuando se utilicen estas figuras, deberán presentar con su oferta la certificación de su inscripción en el Registro Único de Proponentes de la Cámara de Comercio de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012, en concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.5.1. del Decreto 1082 de 2015. De conformidad con lo establecido en el numeral 6.1 del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, el Hospital Departamental de Granada Meta, verificará el cumplimiento de los requisitos capacidad jurídica, condiciones de experiencia, capacidad financiera, y organizacional del contratista, tomando la información inscrita en el RUP, en donde consta dichas condiciones. Este certificado debe haber sido expedido dentro de los 30 días calendario anteriores a la fecha definitiva de cierre del presente proceso de selección.
- 9) Hoja de Vida de la Función Pública para persona Jurídica.
- 10) Hoja de Vida de la Función Pública para persona Natural.
- 11) Fotocopia del documento de identidad del proponente persona natural o del representante legal del proponente persona jurídica, personas naturales Colombianas deberán presentar copia de su Cédula de Ciudadanía Las personas naturales extranjeras, deberán acreditar su existencia mediante la copia de su pasaporte, y si se encuentran domiciliadas en Colombia, mediante la presentación de la copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad Colombiana competente.
- 12) Fotocopia de la libreta militar, si el proponente es persona natural hombre menor de 50 años. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida. En todo caso, para los hombres menores de 50 años, el Hospital podrá realizar verificación de conformidad con el Decreto 2150 de 1995.
- 13) Certificado de antecedente judiciales emitido por la Policía Nacional. En caso que los antecedentes judiciales del contratista o su representante legal reporte que alguno de estos presenta inhabilidad para contratar con el estado, conforme lo previsto en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011, la propuesta será RECHAZADA.
- 14) Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General De La Nación: El representante legal y de la persona jurídica no deben tener antecedentes disciplinarios que le inhabiliten o impidan presentar la propuesta y celebrar el contrato. El Contratista deberá presentar el Certificado expedido por la Procuraduría General de la Nación, donde conste que No ha sido declarado responsable disciplinariamente y que no tienen inhabilidad por ese hecho.
- 15) **CERTIFICADO DE NO INCLUSIÓN EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES:** De conformidad con lo previsto por el artículo 60 de la Ley 610 de 2000 y el parágrafo 1 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, persona natural y de la persona jurídica, no deben estar relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales.  
De conformidad con lo dispuesto por la Ley 962 de 2005 y la circular 005 del 25 de febrero de 2008, suscrita por el Contralor General de la República, el Ministerio verificará en la página web de la Contraloría General de la República.
- 16) **REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT.** Actualizado de acuerdo a la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN.
- 17) **CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:** Deberá aportar con su propuesta, una certificación en la cual acredite estar al día hasta la fecha en el pago de los aportes realizados durante el término de vigencia de la empresa y por lo menos durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en la Ley 828 de 2003. Dicha certificación



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



debe estar suscrita por el Revisor Fiscal de la sociedad si existe obligación legal de tenerlo, o en su defecto la certificación debe estar suscrita por el Representante Legal de la sociedad proponente. En caso de haber suscrito un acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá el Revisor Fiscal o en su defecto el Representante Legal manifestar en la certificación que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

18) Certificación bancaria informando el número de la cuenta donde se le pueden consignar los pagos.

### CONDICIONES DE EXPERIENCIA

El proponente deberá Acreditar que cuenta con experiencia específica en procesos de contratación realizados con entidades públicas y/o privadas; cuyo objeto sea el suministro de gases medicinales, cuyo valor sea igual al cincuenta por ciento (50%) del presupuesto oficial estimado, para la presente contratación, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes para lo cual podrá anexar hasta tres (3) certificaciones de contratos realizados con este objeto y se verificará en el Registro Único de Proponentes que se acredite que dichas operaciones comerciales y que sumados sean iguales o superiores al porcentaje solicitado, información que se establecerá de la siguiente manera:

- ✓ Solo se tendrán en cuenta contratos terminados.
- ✓ El proponente deberá acreditar la experiencia con certificaciones expedidas de contrato de compraventa y/o suministro de combustible por el contratante donde conste: objeto, valor, entidad contratante, contratista, fecha de suscripción, fecha de terminación y demás aspectos que permitan determinar la experiencia adquirida.
- ✓ Así mismo, se podrá acreditar la experiencia a través de copia del contrato y acta de liquidación, facturas y copias de los contratos, o cualquier documento idóneo donde conste la relación contractual y la experiencia adquirida.

Relación de contrato (s) celebrado(s), Código del clasificador de Bienes y Servicios en el tercer nivel	Valor expresado en SMML
<b>CODIGO DE LA CALSIFICACION UNSPSC</b>	<b>CUANTIA EN SALARIOS MINIMOS</b>
85121800	72,45 SMMLV

Los proponentes pueden certificar su experiencia en todos o en cualquiera de los códigos requeridos siempre que la experiencia acreditada sume un total de 72,45 SMLMV o más.

Los documentos soporte para acreditar la experiencia mínima exigida de los contratos ejecutados, registrados en la propuesta, las certificaciones de los contratos ejecutados y terminados o su respectivamente de liquidación o cualquier otro documento debidamente firmado por el contratante; debe contener como mínimo la siguiente información:

- Nombre del contratante
- Objeto del contrato
- Valor del contrato
- Actividades ejecutadas
- Fecha de inicio del contrato
- Fecha de terminación del contrato.



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



Las certificaciones que no cumplan con los anteriores parámetros no se tendrán en cuenta para efectos de evaluación de la propuesta.

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. entiende por objetos similares como la prestación de servicio y/o suministro de gases medicinales.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

Dada la modalidad de selección del contratista y los fundamentos jurídicos que lo sustentan, por disposición legal es preciso celebrar el presente contrato de servicios con el lleno de los requisitos legales una vez sea verificados las condiciones técnicas y jurídicas descritas en los estudios y documentos previos del proceso.

Así como se tendrá en cuenta la oferta deberá contener el valor presupuestado, siempre que se encuentre en condiciones de mercado y satisfaga las necesidades de la entidad.

### Resolución No. 312 de 2016 Manual Interno de Contratación

#### ARTICULO 15. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA

El Acuerdo 203 de 2016 Estatuto Interno de Contratación establece que de acuerdo de acuerdo a la cuantía del proceso no supera los doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes SMMLV.

**5.4. CONTRATACIÓN DIRECTA.** El Hospital Departamental de Granada E.S.E. debe determinar la manera clara los requisitos y condiciones mínimas del contrato, el proceso se adelantara mediante la invitación a un (1) solo oferente.

...Una vez se ha recibido la propuesta y verificado de los requisitos legales, se procederá hacer la evaluación de proveedores de bienes y servicios, para los contratos de adquisición, compraventa, suministro, servicios, excepto los contratos de prestación de servicios profesionales.

### FACTOR TÉCNICO Y ECONÓMICO

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., entendido que la modalidad del proceso contractual es de invitación directa y su cuantía no supera los doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes SMMLV y de acuerdo al Manual Interno de Contratación Resolución No. 312 de 2016, en su artículo 5.4 contratación directa describe que para esta modalidad se realizará evaluación de proveedores de bienes y servicios, para los contratos de adquisición, compraventa, suministro, servicios (...). Y de acuerdo a lo estipulado en el Estatuto Interno de Contratación de la Entidad y los términos y condiciones que estipule en la capacidad jurídica y económica se verificara si CUMPLE con los requisitos mínimos del presente proceso contractual.

### PROPUESTA ECONÓMICA

El Hospital Departamental de Granada E.S.E., de conformidad al Acuerdo No. 203 de 2016, para la modalidad de contratación directa, de acuerdo a los criterios de selección descritos en el manual interno de contratación Resolución No. 312 de 2016, deberá cumplir de acuerdo a la cuantía del proceso, el valor de la oferta económica del anexo No. 2 debe ser igual o menor del valor asignado. De lo anterior deberá especificar los servicios a prestar de acuerdo al objeto del contrato.

### CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL



#### "UN HOSPITAL PARA TODOS"

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



Teniendo en cuenta la modalidad de selección del contratista y de acuerdo al servicio a prestar del objeto a contratar, el Hospital Departamental de Granada E.S.E. no exigirá capacidad financiera ni organizacional mínima como requisito del presente proceso por invitación directa.

### DECLARATORIA DE DESIERTA

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E declara desierto el presente proceso de selección cuando:

- a) No se presente oferta.
- b) Que la oferta resulte inadmisibles en los factores jurídicos, técnicos, financieros y de experiencia previstos en la presente invitación.
- c) Existan causas o motivos que impidan la escogencia del proponente.
- d) El representante legal del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., o su delegado no acoja las condiciones técnicas presentadas de acuerdo a la capacidad jurídica exigida y los soportes que de ellos deriven, y opte por la declaratoria de desierto del proceso, caso en el cual deberá motivar su decisión,
- e) Y se presenten los demás casos contemplados en la ley.

### CRONOGRAMA

Una vez establecidas las condiciones de la contratación y los requerimientos del Hospital Departamental de Granada E.S.E, hacemos extensiva la invitación de ser de su interés, según calendario así:

DESCRIPCIÓN	FECHA Y HORA	LUGAR
Publicación de la invitación y documentos previos.	11 de febrero de 2019 8:00 a.m hrs	Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.
Plazo para presentar oferta de la invitación.	13 de febrero de 2019 hasta las 03:00 p.m hrs	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
Verificación de cumplimiento de los requisitos exigidos en la invitación.	13 de febrero de 2019 hasta las 04:00 p.m hrs	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
Suscripción de la minuta contractual.	13 de febrero de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia. Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.
Compromiso de Registro Presupuestal.	13 de febrero de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia.
Constitución de garantías.	Máximo dentro de dos (2) días hábiles siguientes de	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

	la suscripción de la minuta.	3 - oficina de Administración y Gerencia.
Suscripción Acta de inicio.	Dentro de los dos (2) días siguientes de la suscripción de la minuta contractual y la aprobación de garantías	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia. Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.

**JESÚS EMILIO ROSADO SARABIA**  
GERENTE E.S.E.

<b>Proyecto:</b>	Julián David Corrales Chacón – Proceso: Gestión Administrativa – Técnico de Contratación – Compañía Vital de Colombia S.A.S. – Covicol S.A.S.	
<b>Revisó</b>	Diana Marcela Bohórquez Rodríguez – Asesora Jurídica para contratación – Contrato de prestación de servicios	
<b>Jurídicamente:</b>	No. 036 de 2019 – Hospital Departamental de Granada E.S.E.	



## “UN HOSPITAL PARA TODOS”

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

## ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVITACIÓN

Ciudad y fecha

Señores:

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Ciudad

**REFERENCIA: INVITACION CERRADA MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. 080 DE 2019 PARA PRESENTAR PROPUESTA.**

Respetados Señores

Nosotros los suscritos o el suscrito \_\_\_\_\_ actuando en (mi propio nombre persona natural o en representación de \_\_\_\_\_ (persona jurídica o natural –consorcio o unión temporal, según sea el caso) de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para “PRESTAR EL SERVICIO PARA EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE I, III Y IV NIVEL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.” y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a suscribirse sólo compromete al firmante de esta carta y a quienes representa.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad las condiciones de la invitación directa No. \_\_\_\_\_ y demás documentos del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran la invitación y aceptamos su contenido.
- Que no me/nos halló/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. (en caso de unión temporal, consorcio, debe manifestarse por todos los integrantes del mismo).
- Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
- Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
- Que nos comprometemos a cumplir el objeto contractual en los plazos estipulados en la invitación.
- Que responderé (mos) por la calidad de los bienes, contratados, sin perjuicio de la constitución de la garantía, si a ello hubiera lugar.
- Que acepto (amos) las especificaciones técnicas de la invitación del objeto contractual, si este llegare a suscribirse.
- Que cualquier notificación o requerimiento relacionado con la presente invitación se me podrá hacer por el siguiente correo electrónico \_\_\_\_\_
- Que la propuesta tiene una validez de CUATRO (4) MESES contados a partir de la fecha de cierre de la Invitación Pública.



**“UN HOSPITAL PARA TODOS”**  
 CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
 TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
 LINEA GRATUITA : 018000965050  
[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

- El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE.

En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

Que de conformidad con la Ley 1437 de 2011 (Código Contencioso y de Procedimiento Administrativo) autorizo la notificación electrónica de los Actos Administrativos referentes al proceso.

Que la propuesta tiene una validez de NOVENTA (90) Días contados a partir de la fecha de cierre del proceso.

Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS) \_\_\_\_\_ (VALOR EN NUMEROS) \_\_\_\_\_ M/CTE.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente

Atentamente,

Nombre y/o Razón Social \_\_\_\_\_

Nit \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO (\*)

(\*) NOTA: **Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la propuesta respectiva.** Si es persona jurídica, **por quien conforme a la ley esté facultado;** Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



## ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA

Lugar y fecha

Señores  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**  
 Ciudad

**REFERENCIA: INVITACION CERRADA MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. 080 DE 2019 PARA PRESENTAR PROPUESTA.**

Respetados Señores

Me permito presentar oferta económica de la invitación directa No. 080 de 2019 que tiene por objeto: "PRESTAR EL SERVICIO PARA EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE II, III Y IV NIVEL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

ITEM	NOMBRE	MUESTRA	REPORTE (en días hábiles)	I.V.A.	VALOR UNITARIO
1	ACIDO FOLICO	Suero 1 ml. Proteger de la luz.	1		
2	ACIDO FOLICO ERITROCITARIO	Sangre total con EDTA: 5 mL. Proteger de la luz (envolver en papel aluminio).	2		
3	ACIDO VALPROICO	Suero 1 mL	1		
4	ACIDO VALPROICO LIBRE	Suero: 2 mL.	2		
5	ACTH (Hormona Adrenocorticotropica)	Plasma con Edta congelado: 1 mL	1		
6	ACTH P.M.	Plasma con Edta congelado: 1 mL	1		
7	ADENOSIN DEAMINASA (ADA)	LCR, Líquido pleural, ascítico, sinovial, pericárdico	2		
8	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS EN ORINA	Orina al azar: 20 mL. Enviar refrigerado	2		
9	ANFETAMINAS: CUALITATIVAS	Orina al azar: 10 mL	1		
10	ANTICOAGULANTE LUPICO COMPLETO (TVVRD-FOSFOLIPID)	Plasma citratado congelado: 2 mL	1		
11	ANTICOAGULANTE LUPICO: PRUEBA PRESUNTIVA	Plasma citratado congelado: 1mL	1		
12	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES (PTT Cruzado)	Plasma citratado congelado: 3mL	1		
13	ANTICUERPOS ANTI PM Scl (PM-1)	Suero 2 mL enviar dos tubos	8		
14	ANTICUERPOS ANTI (LA) SSB	Suero 1 mL	1		
15	ANTICUERPOS ANTI (RO) SSA	Suero 1 mL	1		
16	ANTICUERPOS ANTI DNA (DOBLE CADENA) (IFI)	Suero 1 mL	3		
17	ANTICUERPOS ANTI JO-1	Suero 1 mL	1		
18	ANTICUERPOS ANTI MOG (MIELINA OLIGODENTROCITO GLICOPROTEÍNA)	Suero 3 mL	15		





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



19	ANTICUERPOS ANTI RPN	Suero 1 mL	1		
20	ANTICUERPOS ANTI Scl 70 (Topoisomerasa 1)	Suero 1 mL	1		
21	ANTICUERPOS ANTI SM	Suero 1 mL	1		
22	ANTICUERPOS ANTICEMENTO INTERCELULAR. PENFIGO	Suero 1 mL	8		
23	ANTICUERPOS ANTICENTROMERO	Suero 1 mL	3		
24	ANTICUERPOS ANTICITRULINA (Artritis Reumatoidea)	Suero 1 mL	1		
25	ANTICUERPOS ANTIESPERMATOZOIDE	Suero 1 mL	2		
26	ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLIPASA A2	Suero 2 mL	15		
27	ANTICUERPOS ANTI-MDA5 (CADM140)	Suero 3 mL	20		
28	ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES	Suero 1 mL	1		
29	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA (AMA)	Suero 1 mL	1		
30	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA M2	Suero 1 mL	1		
31	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANAS)	Suero 1 mL	3		
32	ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS	Suero 1 mL	2		
33	ANTICUERPOS ANTI-SINTETASA (Mi-2, Ku, Jo1, PL-7, PL-12, OJ, EJ) ANTI-SRP Y ANTI-PMSCl.	Suero: 4 mL. Libre de hemolisis y lipemia.	35		
34	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA (COLOIDALES)	Suero 1 mL	1		
35	ANTICUERPOS ANTITIROIDES PEROXIDASA (Anti TPO)	Suero 1 mL	1		
36	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	Suero 1 mL	1		
37	ANTIGENO P24 (HIV) CUANTITATIVO	Suero Refrigerado libre de hemolisis y lipemia: 4 mL	10		
38	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	Suero 1 mL	1		
39	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE	Suero 1 mL. Refrigerar	1		
40	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL Y LIBRE	Suero 1 mL. Refrigerar	1		
41	BENZODIAZEPINICOS CUALITATIVOS (En Jugo Gastrico-Capa fina)	Jugo gastrico: Lo recolectado. Estabilidad 48 horas	1		
42	BENZODIAZEPINICOS CUALITATIVOS (En Orina-Capa fina)	Orina al azar: 10 mL.	1		
43	BENZODIAZEPINICOS CUANTITATIVOS (En Orina)	Orina al azar: 20 mL.	2		
44	BENZODIAZEPINICOS CUANTITATIVOS (En Sangre): NIVELES SERICOS	Suero 1 mL	8		
45	CA 125 (Marcador de Ca. de Ovario)	Suero 1 mL	1		
46	CA 15-3 (Marcador de Ca. de mama)	Suero 1 mL	1		
47	CA 19-9 (Marc. Ca. Páncreas y T. Digest.)	Suero 1 mL	1		
48	CA 27-29 (Marcador activ. Ca de mama)	Suero 4 mL. Enviar 2 tubos	8		
49	CA 72-4 (Marcador tumoral gastrointestinal)	Suero congelado: 2 mL Enviar 2 tubos	8		
50	CARBOXIHEMOGLOBINA	Sangre total-Edta ó Heparina: 5 mL	1		



### "UN HOSPITAL PARA TODOS"

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

51	CARDIOLIPINAS: ANTICUERPOS IgA	Suero sin hemólisis : 1 mL.	1		
52	CARDIOLIPINAS: ANTICUERPOS IgG	Suero sin hemólisis : 1 mL.	1		
53	CARDIOLIPINAS: ANTICUERPOS IgM	Suero sin hemólisis : 1 mL.	1		
54	CD4 (CD45/CD4)	Sangre total fresca con EDTA: 5 ml a T° ambiente, no congelar ni refrigerar.	2		
55	CELULAS FALCIFORMES (Drepanocitos)	Sangre total-Edta: 5 mL.	2		
56	CELULAS L.E.	Suero 1 ml	2		
57	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG: PRUEBA DE AVIDEZ	Suero 3 mL	8		
58	CITOMEGALOVIRUS DNA CARGA VIRAL	Sangre Total o plasma con Edta: 5 mL. L.C.R: 3 mL.	8		
59	CITOMEGALOVIRUS DNA DETECCION POR PCR (Detector)	Sangre Total Edta: 5 mL o Diferentes muestras	8		
60	CITOMEGALOVIRUS EN ORINA (INCLUSIONES)	Orina al azar, recién emitida: 10 mL	3		
61	CITOMEGALOVIRUS GENOTIPO (UL97, UL54)	Ver Anexo	15		
62	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG	Suero 1 mL	1		
63	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG en LCR	L.C.R. 1mL.	1		
64	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM	Suero 1 mL	1		
65	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM en LCR	L.C.R. 1mL.	1		
66	CORTISOL A.M.	Suero 1 mL. Tomar 8 A.M.	1		
67	CORTISOL EN SALIVA	Ver Anexo	8		
68	CORTISOL LIBRE URINARIO: En orina de 24 h	Orina 24 horas: 20 mL. Registrar volumen de 24h.	1		
69	CORTISOL P.M.	Suero 1 mL. Tomar 4 P.M.	1		
70	CORTISOL: 2 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra	1		
71	CORTISOL: 3 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra	1		
72	CORTISOL: 4 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra	1		
73	CORTISOL: GLOBULINA TRANSPORTADORA (TRANSCORTIN)	Suero 3 mL. Enviar dos tubos	18		
74	CORTISOL: PRE Y POS SUPRESION-DEXAMETASONA: 2 Muestras	Suero 1 mL. c/muestra. Ver anexo	1		
75	CORTISOL: TEST DE SUPRESION-DEXAMETASONA: 1 Muestra	Suero 1 mL. c/muestra. Ver anexo	1		
76	DENGUE ANTICUERPOS Ig G (EIA)	Suero 1 mL	1		
77	DENGUE ANTICUERPOS Ig M (Inmunocaptura) (EIA)	Suero 1 mL	1		
78	DENGUE Antigenos NS1 y Anticuerpos IgG e IgM (P. rápida)	Suero 1 mL	1		
79	DENGUE DETECCION ANTÍGENO NS1 (P. rápida)	Suero 1 mL	1		
80	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgA	Suero 3 mL en dos viales plasticos.	10		
81	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgG	Suero 1 mL	1		



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



82	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgG en LCR	L.C.R: 1 mL	1		
83	EPSTEIN BARR: ANTICUERPOS VCA - IgM	Suero 1 mL	1		
84	EPSTEIN BARR: ANTIGENO NUCLEAR: Ac. IgG (EBNA IgG)	Suero 2 mL.	8		
85	EPSTEIN BARR: ANTIGENO NUCLEAR: Ac. IgM (EBNA IgM)	Suero 2 mL.	8		
86	EPSTEIN BARR: ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgA	Suero 2 mL.	10		
87	EPSTEIN BARR: ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgG	Suero 2 mL.	8		
88	EPSTEIN BARR: ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgM	Suero 2 mL.	8		
89	ESTRIOL LIBRE (No Conjugado)	Suero 500 uL. Registrar semanas de embarazo	1		
90	FENOBARBITAL	Suero en ayunas: 1 mL. Tomar muestra antes de la Dosis.	1		
91	FERRITINA	Suero 1 mL	1		
92	FIBRINOGENO	Plasma Citratado libre de hemólisis en estricta congelación: 1 mL . 2 tubos	1		
93	FIBRINOGENO: PRODUCTOS DE DEGRADACION	Plasma Citratado libre de hemólisis en estricta congelación: 1 mL . 2 tubos	1		
94	HEPATITIS A: Anticuerpos IgM (AntiHAV IgM)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1		
95	HEPATITIS A: Anticuerpos Totales (Anti. HAV Totales)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1		
96	HEPATITIS B: Ac. contra el Ag "e" (Anti-AgHBe)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1		
97	HEPATITIS B: Ac. contra el Ag. de Sup (Anti-AgHBs)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1		
98	HEPATITIS B: Ac. Core IgM (AntiHbc IgM)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1		
99	HEPATITIS B: Ac. Core Total (Ac. Hbc Totales)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1		
100	HEPATITIS B: Ag. de superficie: P. DE NEUTRALIZACIÓN	Suero en ayunas, libre de hemólisis: 1 mL	8		
101	HEPATITIS B: Antígeno "e" (Ag-HBe)	Suero libre de hemólisis y lipemia: 1 mL	1		
102	HERPES I: Anticuerpos Ig G	Suero 1 mL	1		
103	HERPES I: Anticuerpos Ig M	Suero 1 mL	1		
104	HERPES II: Anticuerpos Ig G	Suero 1 mL	1		
105	HERPES II: Anticuerpos Ig M	Suero 1 mL	1		
106	HIERRO SERICO TOTAL (Sideremia)	Suero 2 mL	1		
107	HIV PRUEBA CONFIRMATORIA, WESTERN BLOT	Suero libre de hemólisis: 2 mL	5		
108	INMUNOGLOBULINA A. IgA	Suero 1 mL	1		
109	INMUNOGLOBULINA A. IgA EN ORINA. AL AZAR	Orina al azar: 10 mL	8		



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

110	INMUNOGLOBULINA A. IgA EN ORINA DE 24 HORAS	Orina 24 Horas: 20 mL	8	
111	INMUNOGLOBULINA A. IgA, EN L.C.R.	L.C.R. Congelado 2 mL	8	
112	INMUNOGLOBULINA D	Suero 1 mL	4	
113	INMUNOGLOBULINA E	Suero 1 mL	1	
114	INMUNOGLOBULINA G	Suero 1 mL	1	
115	INMUNOGLOBULINA G (IgG), ORINA	Orina 24 Horas: 20 mL	8	
116	INMUNOGLOBULINA G SUBCLASES: IgG1-IgG2-IgG3-IgG4	Suero en ayunas: 1 mL	8	
117	INMUNOGLOBULINA G4 (IgG4)	Suero 3 mL	8	
118	INMUNOGLOBULINA M (IgM)	Suero 1 mL	1	
119	INMUNOGLOBULINA M (IgM) EN LCR	L.C.R.: 2 mL	8	
120	INMUNOGLOBULINA M (IgM) EN ORINA	Orina 24 Horas: 20 mL	8	
121	INMUNOGLOBULINAS IgA, IgG, IgM, EN LCR	L.C.R. Congelado: 3 mL	8	
122	INMUNOGLOBULINAS IgA, IgG, IgM, EN ORINA	Orina 24 Horas: 20 mL	8	
123	LEPTOSPIRA: Anticuerpos Ig G	Suero 2 mL	1	
124	LEPTOSPIRA: Anticuerpos Ig M	Suero 2 mL	1	
125	LH (Hormona Luteinizante)	Suero 1 mL	1	
126	MUSCULO LISO: Anticuerpos (ASMA)	Suero: 1 mL	1	
127	PARATOHORMONA INTACTA (PTH)	Suero o Plasma-Edta-congelado: 2 mL. No tubos con gel.	1	
128	PROCALCITONINA CUANTITATIVA	Suero 2 mL	1	
129	PROLACTINA POOL	Pool de 3 muest.C/20'. Suero: 1 mL	1	
130	RUBEOLA: Anticuerpos IgG	Suero: 2 mL.	1	
131	RUBEOLA: Anticuerpos IgG (Test De Avidéz Para las IgG)	Suero: 2 mL.	12	
132	RUBEOLA: Anticuerpos IgM	Suero: 2 mL.	1	
133	T3 LIBRE	Suero 1 mL	1	
134	T3 TOTAL	Suero 1 mL	1	
135	T3-T4-TSH	Suero 1 mL	1	
136	T4 (Tiroxina - T4 Total)	Suero 1 mL	1	
137	T4 (TIROXINA) ANTICUERPOS	Suero libre de hemólisis y lipemia: 3 mL.	10	
138	T4 LIBRE	Suero 1 mL	1	
139	T4 NORMALIZADO (T4N) (T3 UP TAKE + T4)	Suero 1 mL	1	
140	TSH ULTRASENSIBLE (3ra Generación)	Suero 1 mL.	1	
141	VITAMINA A (Retinol)	Suero congelado: 4mL. Proteger de la luz	8	
142	VITAMINA B1 EN PLASMA (Tiamina)	Plasma con Edta: 5 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	8	



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**  
 CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
 TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
 LINEA GRATUITA : 018000965050  
[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

143	VITAMINA B12 (Cianacobalamina)	Suero 1 mL. Proteger de la luz	1		
144	VITAMINA B2 EN PLASMA (Riboflavina)	Plasma con Edta congelado: 6 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	8		
145	VITAMINA B2 EN SANGRE TOTAL	Sangre Total con Edta: 5 mL. Proteger de la luz	8		
146	VITAMINA B3 (Niacina)	Suero con Edta congelado: 6 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	15		
147	VITAMINA B5 (Ácido Pantoténico)	Suero congelado: 4mL. Enviar 2 tubos- proteger de la luz	25		
148	VITAMINA B6 EN PLASMA (Piridoxina)	Plasma con Edta congelado: 6 mL. No tubo gel. Proteger de la luz	8		
149	VITAMINA C (Ácido Ascórbico)	Suero o Plasma con Edta congelado. 4 mL. Proteger de la luz	8		
150	VITAMINA D 1.25 DEHIDROXI	Suero 4 mL en 2 tubos. Proteger de la luz	2		
151	VITAMINA D 25-HIDROXI (Calciferol)	Suero 2 mL. Proteger de la luz	1		
152	VITAMINA E (Tocoferol)	Suero refrigerado. 4 mL. 2 tubos. Proteger de la luz	8		
153	VITAMINA K1	Suero: 5 mL. Protegida de la luz.	15		

**PRUEBAS NO CONTENIDAS EN EL MANUAL TARIFARIO SOAT**

ITEM	NOMBRE	MUESTRA	REPORTE (en días hábiles)	I.V.A.	VALOR UNITARIO
1	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS BLOQUEADORES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
2	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS FIJADORES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
3	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS MODULADORES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
4	ACETILCOLINA RECEPTORES ACS TOTALES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
5	ADENOSIN D AMINASA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
6	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACC LIBRE	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
7	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO MIC-VTK	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
8	ANTIBIOGRAMA PARA HONGOS - MIC	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
9	ANTICOAGULANTE LÚPICO VENENOVÍBORA DE RUSSELL	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
10	ANTICUERPOS ANTI CITRULINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
11	ANTICUERPOS RECEPTORES DE TSH	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
12	ANTICUERPOS TRANSGLUTAMINA TISULAR IgA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
13	ANTITROMBINA 3 FUNCIONAL	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		

**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELÉFONO 6500510-6587800-6500521

LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)

14	BETA 2 GLICOPROTEINA 1 IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
15	BETA 2 GLICOPROTEINA 1 IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
16	BETA-HCG LIBRE	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
17	CALPROTECTINA, HECES	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
18	CARGA VIRAL VIH	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
19	CARGA VIRAL VIRUS HEPATITIS C	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
20	CATECOLAMININAS DIFERENCIADAS EN PLASMA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
21	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
22	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
23	CLOSTRIDIUM DIFFICILE Toxina A+B	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
24	CITRATO (ACIDO CITRICO EN ORINA)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
25	COFACTOR RISTOCETINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
26	CORTISOL EN ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
27	CORTISOL LIBRE EN ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
28	CRIPTOCOCOS EN SUERO ANTICUERPO	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
29	CROMOGRANINA A	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
30	C-TELOPEPTIDO	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
31	DENGUE ANTICUERPOS IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
32	DEOXIPIRIDINOLINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
33	ELASTASA PANCREATICA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
34	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
35	FACTOR 5 DE LEIDENN	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
36	FACTOR VON WILLEBRAN (FW Antígeno)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
37	FOSFOLIPIDOS Ig G	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
38	FOSFOLIPIDOS Ig M	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
39	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO en materia fecal.	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
40	HELICOBACTER PYLORI Ig M	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
41	HELICOBACTER PYLORI IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
42	HEPATITIS B CARGA VIRAL	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

43	HLA-B27 molecular (PCR)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
44	HOMOCISTEINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
45	INMUNOFIJACIÓN (INMUNOELECTROFORESIS EN SUERO)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
46	Inmunoglobulina D dosificada	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
47	INMUNOGLOBULINA G SUBTIPOS	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
48	INMUNOGLOBULINA Kappa y Lambda	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
49	INSULINA LIBRE	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
50	LEPTINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
51	LEPTOSPIRA DETERMINACIÓN DE AC IgG	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
52	LEPTOSPIRA DETERMINACIÓN DE AC IgM	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
53	LINFOCITOS CD 3	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
54	LINFOCITOS NK (CD16, CD3 y CD56)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
55	METANEFRIAS DIFERENCIADAS EN ORINA DE 24H	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
56	MYCOBACTERIUM PCR- LCR, LAVADO GASTRICO, ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
57	OXALATOS EN ORINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
58	PROBNP-PÉPTIDO NATRIURÉTICOS	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
59	PROCALCITONINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
60	PROTEINA LIGADORA DE SOMATOMEDINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
61	PROTEINA LIGADORA DEL ANALOGO DE LA SOMATOMEDINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
62	PROTEINA TRANSPORTADORA DE TESTOSTERONA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
63	PROTROMBINA MUTACIÓN	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
64	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
65	RESISTENCIA PROTEINA C-	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
66	SANGRE OCULTA HUMANA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
67	TAMIZAJE NEONATAL METABÓLICO	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
68	TAMIZAJE PRIMER TRIMESTRE- ANEPLOIDIAS	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
69	TEST DE AVIDEZ TOXOPLASMA GONDI	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
70	TIROGLOBULINA	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
71	TRIPANOSOMA CRUZI (Chagas IFI confirmatoria Ac IgG)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		



**“UN HOSPITAL PARA TODOS”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELÉFONO 6500510-6587800-6500521

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)



72	TRIPANOZOMA CRUZI (Chagas IFI confirmatoria Ac IgM)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
73	VIH 1 y 2, ANTICUERPOS CUARTA GENERACIÓN (Antígeno Y Anticuerpo)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
74	VITAMINA D3	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
75	VITAMINA B3 (NIACINA)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
76	VITAMINAS B2 (RIBOFLAVINA)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
77	VITAMINA E (TOCOFEROL)	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
78	VPH determinación 16 cepas	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		
79	VPH determinación 28 cepas	Suero o plasma de acuerdo a las especificaciones del laboratorio.	Dos (2) días siguientes al montaje.		

El contrato se tomará por valores unitarios hasta agotar el presupuesto oficial asignado para el proceso de contratación.

El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE, el cual deberá ser calculado de manera mensual con los valores que se oferten en la presente tabla que no podrá exceder en ningún momento los valores del portafolio de servicio de la entidad.

Serán de exclusiva responsabilidad del contratista, los errores u omisiones en que incurra al indicar el valor de su propuesta, debiendo asumir los mayores costos y/o pérdidas que se deriven de dichos errores u omisiones, sin que por esta razón haya lugar a alegar ruptura del equilibrio contractual.

Para efectos del señalamiento del precio ofrecido, el contratista debe tener en cuenta todos los costos, gastos, impuestos, seguros, pago de salarios, prestaciones sociales y demás emolumentos que considere necesarios para la fijación de la propuesta económica, así como los servicios establecidos en la descripción técnica del objeto a contratar. Los contratistas deben tener en cuenta el valor de sus propuestas no pueden ser superiores al valor del presupuesto oficial asignado para el presente proceso, so pena de rechazo de las mismas.

La entidad verificará las operaciones aritméticas de cada uno de los componentes de los valores. En caso de presentarse error de esta índole se tendrá en cuenta el valor correcto para efectos de la adjudicación. El contratista deberá, en el momento de elaborar su propuesta, evitar formular condiciones económicas y de contratación artificialmente bajas, con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.

Cualquier diferencia entre las letras y números, hará prevalecer la expresión en letras sobre la de los números, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 623 del Decreto 410 de 1971. Código de Comercio.

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



### ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Lugar y fecha

Señores

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Ciudad

Proceso de Contratación [Insertar información] [Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad e incompatibilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación [Insertar información].
3. 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.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación [Insertar información].
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Transparencia, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso transparencia.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [gerencia@hospitalgranada.gov.co](mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co)

