

### PLIEGO DE CONDICIONES

**INVITACION PUBLICA**

### LP-IP-04-2024

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“SERVICIO DE LABORATORIO”** |

**La Paz, marzo de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **INVITACIÓN PÚBLICA LP-IP-04-2024**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIO DE LABORATORIO** |
| Tipo de Convocatoria: Invitación Pública |
| Forma de adjudicación: POR EL TOTAL |
| Sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Nombre: Lic. Giannina Claros Miranda  Nombre: Dr. Carlos Alborta Aliaga |
| Correo electrónico: [giannina.claros@csbp.com.bo](mailto:giannina.claros@csbp.com.bo) |
| 2392395 int. 1178 |

**SERVICIO DE LABORATORIO A MONTO FIJO Y POR EVENTO – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 11/03/2024 | - | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Inspección Previa | 14/03/2024 | POLICONSULTORIO CENTRAL  Hrs. 15:00  CLINICA Hrs. 15:30 | Policonsultorio Calle Capitán Ravelo Esq. Montevideo  Clínica Regional Av. Ormachea entre Calle 2 y 3 Obrajes |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:  15/03/2024 | Hasta  Hrs.15:00 | Dirigidas a:  [giannina.claros@csbp.com.bo](mailto:giannina.claros@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | 18/03/2024 | Hrs.10:30 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  ID de reunión: 895 4712 5968 Código de acceso: 689096  Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  26/03/2024 | Hasta:  Hrs.10:00 | **Presentación Física:**   Calle. Reyes Ortiz Edificio Gundlach Torre Oeste P22 |
| 6 | Apertura de Ofertas. | 26/03/2024 | Hrs. 10:15 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  ID de reunión: 895 4712 5968 Código de acceso: 689096  Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 7 | Resultado Del Proceso | 08/04/2024 | | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |

(\*) Estas fechas son referenciales y podrán ser modificadas de acuerdo a la necesidad y situaciones que ameriten su modificación.

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE I**  **INFORMACIÓN GENERAL A LOS PROPONENTES** | |
| 1. **NORMATIVA APLICABLE** | La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) en adelante denominada “Convocante”, en el marco de su Reglamento de Compras, aprobado mediante Resolución de Directorio Nº051/2023 del 14 de agosto de 2023, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas a presentar propuestas, bajo las condiciones del presente Pliego de Condiciones (PC) |
| 1. **PROPONENTES ELEGIBLES** | De conformidad a lo establecido por el Reglamento de Compras de la CSBP, en esta convocatoria podrán participar:   1. Empresas legalmente constituidas en Bolivia. 2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia. |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades:   * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada. * Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP. * Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.   Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación:   * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo. * Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa. * Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto. |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE** | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:   * 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.   2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.   3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente. |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP** | * 1. Instancia de Aprobación:   Gerente Administrativo Financiero y Gerente Medico   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Carlos Quiroga Gerente General  Lic. Alvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero  Dr. Jhemis Molina Gerente Médico |
| 1. **IDIOMA** | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA** | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN** | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:   1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física. 2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío. 3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación. |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:   1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso. 2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación. 3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.   La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.  Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.  Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.  El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:   1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC. 2. Error en el PC. |
| 1. **RESPONSABILDAD** | En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre en responsabilidad alguna respecto de los proponentes afectados con estas decisiones. |
| 1. **MULTAS** | La **CSBP** ante el incumplimiento de las obligaciones asumidas por la **CONTRATADA** aplicará una multa equivalente al tres por ciento (0.3%) del monto total a cancelarse en el mes que corresponda la aplicación de la sanción; esta multa será deducida del pago mensual respectivo |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario **N° 1**, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario **N° 2**, en **original.** * **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento o Póliza de Garantía a Primer Requerimiento ,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el monto equivalente al uno por ciento (1.0%) del valor de la propuesta económica presentada (Considerando la propuesta a monto fijo únicamente)**,** con validez de **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.   Ejecución: esta garantía será ejecutada:   * Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas. * Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta. * Cuando el proponente adjudicado no presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato * Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.   Devolución: esta garantía será devuelta:   * A los otros proponentes, una vez suscrito el contrato * Después de la declaratoria desierta de la convocatoria * Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N° 3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** * Formulario **N° 4** Experiencia de la empresa, identificado en los Anexos de este documento, **en original**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**   * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 5** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. 3. Para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS** | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.  La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.  El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.  No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.  La propuesta debe ser presentada en un **EJEMPLAR ORIGINAL** Y **UNA COPIA** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **REGIONAL LA PAZ,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***CALLE FEDERICO ZUAZO ESQ. REYES ORTIZ EDIF. GUNDLACH TORRE OESTE PISO 22.***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: ON-IP-04-2024**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas del día** **26 de Marzo 2024**  Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o complementaciones a la misma.  Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.  Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.  El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continuar participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución en el Libro de Actas o Registro Electrónico.  La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita. |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir por zoom.  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.    Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 9. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **CALIDAD Y COSTO.**  Inicialmente se evaluarán los documentos administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.  Si el proponente hubiese omitido la presentación de algún documento administrativo que sea considerado error subsanable, solicitará al proponente el mencionado documento para que presente en el plazo de tres (3) días hábiles.  Recibido el documento en el plazo establecido, la Comisión de Calificación continuará con la evaluación correspondiente.  Si transcurridos los tres (3 días) hábiles el proponente no envía la documentación solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta.  Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación administrativa serán sometidas a:   1. Evaluación técnica sobre 70 puntos 2. Evaluación de la propuesta económica, sobre 30 puntos |
| 1. **OBJETIVO** | La metodología de evaluación basada en calidad y precio, tiene como objetivo adjudicar a la propuesta que obtenga el puntaje más alto, resultante de la evaluación de la calidad (oferta técnica y/o propuesta técnica) y la evaluación del precio (oferta económica), previo cumplimiento de los requisitos establecidos.   |  |  | | --- | --- | | **FACTORES A CALIFICAR** | **PUNTAJE** | | Propuesta Técnica | 70 | | Propuesta Económica | 30 | | **Puntaje Total** | **100** | |
| 1. **OBEJTIVO** | Una vez recibidas y aperturadas las propuestas, se procederá a la evaluación de TODAS. Primero se evalúan los requisitos establecidos aplicando el método CUMPLE o NO CUMPLE e inhabilitando a las que no cumplan con su presentación o no subsanen las observaciones en el plazo otorgado, si existieran  En una segunda instancia se evalúan todas las ofertas técnicas para la obtención de los respectivos puntajes, aplicando los criterios de calificación predeterminados. Asimismo, de manera paralela, para la obtención del puntaje de las ofertas económicas, se evalúan las mismas asignando el mayor puntaje a la oferta con el menor precio y asignando a las otras propuestas un puntaje inversamente proporcional al valor de sus propuestas, aplicando la siguiente fórmula:   |  | | --- | | **PEP = (MPO/PP)\*PA** |   Donde:  PEP = Precio Evaluado de la Propuesta  MPO = Menor Precio Ofertado  PP = Precio propuesto  PA = Puntaje Asignado a la Oferta Económica  El puntaje final se obtendrá sumando los puntajes obtenidos en la evaluación de la oferta técnica y la oferta económica. |
| 1. **CALIFICACION FINAL** | La Comisión de Calificación emitirá el Informe Final de evaluación recomendando la adjudicación a la propuesta mejor calificada, sin que necesariamente sea aquella cuyo precio ofertado y leído en el acto de apertura fue el más bajo.  El puntaje final se obtendrá sumando los puntajes obtenidos en la evaluación de la oferta técnica y la oferta económica.  La Comisión de Calificación recomendará la adjudicación y precios unitarios que tengan la propuesta con el MAYOR PUNTAJE resultante de la suma obtenida en la evaluación técnica y la evaluación económica. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION** | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles.  Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.  En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN** | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:   1. Nómina de los proponentes y precios ofertados 2. Cuadros comparativos 3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica 4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia. 5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda. 6. Detalle de inhabilitación de propuestas, ítems o lotes, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de aclaración o declaratoria desierta. |
| 1. **PLAZO DE ENTREGA:** | El “SERVICIO DE LABORATORIO”, será por un plazo de 24 meses. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **SUSCRIPCION DE CONTRATO** | |
| 1. **GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO** | Tiene por objeto garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato.  Se solicitará Garantía de Cumplimiento del servicio, equivalente al 7% del monto fijo contratado, con característica de renovable, de carácter irrevocable y a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda, de tal manera que al cumplimiento de la vigencia del mismo y habiendo cumplido con todo el objeto del contrato se procederá a su devolución, previo informe de conformidad de la unidad solicitante.  Esta garantía será devuelta, cumplido el plazo de validez de la misma (360 días calendario), existiendo conformidad de la Unidad Solicitante.  La CSBP ejecutará esta garantía por incumplimiento de las cláusulas específicamente pactadas en el contrato o cuando el proveedor no cumpla con la renovación en el plazo señalado por la CSBP. |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original o fotocopia legalizada declarados en su propuesta.  La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.  Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.  Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se ejecutará la garantía de seriedad de propuesta.  Si se utilizó el sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y COSTO, se adjudicará a la propuesta que haya obtenido el segundo lugar en el puntaje total.  En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO** | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |
| 1. **CANAL DE DENUNCIAS** | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad, puede realizar una denuncia al correo [denuncias.csbp@csbp.com.bo](mailto:denuncias.csbp@csbp.com.bo). |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | |
| 1. **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** 2. **INTRODUCCION:**   Para prestar servicios médicos integrales la CSBP amerita contar con la contratación del servicio de laboratorio para pacientes de consulta externa y hospitalización de la CSBP Regional La Paz, según normas, protocolos y reglamentos.  Consiguientemente la Caja de Salud de la Banca Privada-Regional La Paz, requiere contratar estos servicios bajo los siguientes parámetros:  **REQUISITOS OBLIGATORIOS (EN CASO DE OFERTAR TODOS LOS REQUISITOS OBLIGATORIOS 70 PUNTOS, CASO CONTRARIO SU PROPUESTA ES INHABILITADA).**   |  |  | | --- | --- | | **CARACTERÍSTICA SOLICITADA** | **CARACTERÍSTICA OFERTADA** | | **REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE LABORATORIO POR CONTRATO, CON UNA VIGENCIA DE 24 MESES** |  | | 1. Resolución Administrativa actualizada, emitida por autoridad competente. |  | | * El tiempo de constitución de la empresa Proponente debe superar los 10 años y su sede central deberá estar en la ciudad de La Paz |  | | 1. El plazo de servicio es de 24 meses |  | | 1. **CONTROL DE CALIDAD** |  | | * + 1. Certificación nacional de control de calidad externo, en las diferentes áreas de Laboratorio.     2. Certificación Internacional de control de calidad interno en Laboratorio. (HEMATOLOGIA, INMUNOLOGIA, HORMONAS, MICROBIOLOGIA, QUIMICA SANGRUINEA)     3. Certificación ISO 9001 2015 con por lo menos 6 años de continuidad otorgado por organismo certificador nacional e internacional en todos los procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos.     4. Proceso o certificación para acreditación internacional de laboratorios     5. Registros de Control de Calidad Interno y Externo 2023, con el compromiso de presentar resultados de control de calidad interno y externo cada gestión durante la vigencia del contrato.     6. Procedimientos operativos estandarizados en cada área del Laboratorio documentado.     7. Manuales de Gestión de calidad, Bioseguridad, Organización y Funciones, Código de ética, Toma y Transporte de muestras. |  | | 1. **LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** |  | | 1. Para la atención del servicio de laboratorio para pacientes ambulatorios del Policonsultorio de la ciudad de La Paz, el proponente deberá contemplar la toma de muestras en el Policonsultorio de la CSBP ubicado en la calle Cap. Ravelo esquina Montevideo, en dos horarios por la mañana y tarde, mismos a coordinar. 2. Para la atención en Clínica Regional La Paz, (Calle 2 Obrajes), el proponente debe contemplar la Toma de muestra durante las 24 horas de lunes a domingo, incluyendo feriados. 3. La prestación del servicio se realizará en las instalaciones de Clínica Regional La Paz, bajo la habilitación de las diferentes áreas de laboratorio, lo que incluye equipos, muebles requeridos para atender la demanda de Clínica y Policonsultorio. 4. Para atender la demanda del Laboratorio debe contar con todas las áreas de especialidad requeridas, Hematología, Inmunología, Serología, Parasitología, Uroanálisis, Microbiología, Química Sanguínea. 5. Asimismo, el proponente señalará la dirección del laboratorio central y sucursales donde se procesen otros estudios según convenio vigente. 6. A efectos de supervisión, soporte y control, el proponente deberá contar con oficina central o sucursal propia en la ubicación más cercana de la unidad de la clínica regional La Paz. |  | | 1. **EQUIPAMIENTO, REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO** |  | | 1. Los equipos habilitados en las instalaciones del Laboratorio deben ser automáticos, semiautomáticos según demanda y cumplimiento de horarios de entrega de resultados diferenciados en resultados de emergencia y de rutina. 2. En las áreas se solicita por el volumen de asegurados el siguiente equipamiento:   Hematología: analizador de hematología por citometría de flujo como primer método.  COAGULOMETRO sistema fotométrico para tiempo de pro trombina, tiempo parcial de tromboplastina activada, proteína s, proteína c, fibrinógeno, dimero D, tromboplastina y factores de coagulación  Electroforesis de proteína totalmente automatizado.  Química Sanguínea: Equipo de alta capacidad de proceso con un mínimo de 600 pruebas fotométricas incluyendo electrolitos, técnicas aplicadas de colorimetría, cinética, turbidimetria y potenciometria ICT, volúmenes de trabajo de 15 a 20 ul de muestra. (Se sugiere procedencia americana)  Equipo para gasometría para una amplia gama de análisis vitales de gases en sangre, electrolitos, bioquímica, coagulación y marcadores cardíacos, trasportable a terapia intensiva.  Inmunología Equipo de Quimioluminiscencia con un rendimiento de 400 pruebas por hora (se sugiere procedencia americana).  Analizador de HbA1c para control del diabético.  Presentar cronograma y contrato de mantenimiento correctivo y preventivo que realiza el proponente con alguna empresa externa de mantenimiento con experiencia mínima de 10 años   1. El equipamiento debe tener la posibilidad de ser nuevo y de última generación, con el respaldo correspondiente. 2. Las diferentes áreas deben ser equipadas de acuerdo a la necesidad y demanda cumpliendo calidad y calidez de atención. 3. El área de Toma de muestra de Clínica y Policonsultorio deben estar equipadas de acuerdo a necesidad y norma de estudios a realizar (Muestras sanguíneas, ginecológicas, bacteriológicas, pediátricas y especiales que requieren reposo.) 4. El equipamiento, reactivos, materiales e insumos serán de entera responsabilidad del Laboratorio adjudicado. 5. El laboratorio adjudicado debe contar con los reactivos, materiales e insumos a utilizar y en cantidad suficiente de acuerdo a la demanda. 6. Los reactivos a utilizar deben cumplir protocolos de control de vencimiento y registros de acuerdo a normas vigentes. |  | | 1. **HORARIOS DE ATENCION** |  | | 1. El Horario de atención en Clínica de la CSBP, debe ser de 24 horas de lunes a domingo incluyendo feriados, garantizando el personal en número suficiente. 2. La toma de muestra de pacientes ambulatorios en Clínica y Policonsultorio será coordinada de acuerdo a necesidad de la CSBP. 3. La toma de muestra a domicilio a solicitud de la CSBP, se realizará sin costo adicional y solo en situaciones que así lo requieran por el estado del paciente. |  | | 1. **EQUIPO INFORMÁTICO:** |  | | El proponente deberá contar de manera obligatoria con un sistema Informático enlazado al Sistema SAMI de la CSBP, en Clínica y Policonsultorio de la Regional La Paz.   * Presentar experiencia de conexiones con otros sistemas informáticos (demostrable).  1. Equipo de computación I3 o superior, procesador de 2.8 Gbtes o superior, memoria RAM 8Gbtes o superior, Disco Duro de 256 Gbtes o superior, Antivirus actualizados, sistema Windows con ultimo parche de seguridad actualizado. 2. Compromiso de compatibilización del software del laboratorio con el software médico de la CSBP “SAMI”, con el objetivo de contar con toda la información de resultados de laboratorio clínico, alimentados en la base de datos del “SAMI”. |  | | 1. **REPORTES MENSUALES E INFORMES DE RESULTADOS** |  | | 1. El proponente de manera obligada deberá incorporar al sistema SAMI, imprimir y remitir los resultados de los estudios, de forma impresa todos los días de haberse realizado la toma de muestra, salvo si se tratara de estudios o pruebas especiales que demanden mayor tiempo. 2. Los estudios demandados en la emergencia y pacientes hospitalizados deben ser procesados y remitidos de acuerdo a estudios realizados, con la posibilidad de ser remitidos con un tiempo máximo de una hora. 3. Todo reporte de laboratorio impreso debe llevar obligatoriamente el sello y firma del profesional responsable. 4. El reporte de resultados debe realizarse mediante el software y procedimiento a determinar. 5. El servicio de laboratorio deberá hacer llegar cada mes a la regional los reportes de estudios de cultivos y antibiogramas desglosados por especialidades médicas, pacientes, edad, sexo, perfil epidemiológico y resistencia bacteriana |  | | 1. **CONTROLES** |  | | Evaluación periódica externa por la CSBP.  El proponente aceptará ser evaluado por la CSBP en cualquier momento sin previo aviso, entre 2 a 4 veces al año. Mediante un control de calidad a doble ciego con un Laboratorio referencial externo certificado, cuyo costo correrá por cuenta del proponente, unas copias de los resultados de mismas deberán presentarse a Jefatura Médica Regional.  La CSBP enviara personal previa coordinación, para realizar supervisión y controles periódicos.  Se realizarán reuniones periódicas con las autoridades del Servicio de Laboratorio donde se analizarán el cumplimiento del contrato. |  | | 1. **ANTECEDENTES** |  | | 1. Experiencia en el servicio requerido con entidades de Salud mínimo 10 años, adjuntar certificados de respaldo. |  | | 1. **REQUISITOS PROFESIONALES** |  | | 1. Representante legal del Laboratorio debe ser Bioquímico o Bioquímico Farmacéutico debe contar con Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registro en Colegio Respectivo, Se solicita adjuntar Hoja de Vida documentada. 2. En las áreas de especialidad Bacteriología, Hematología, Química Sanguínea, Inmunología, Biología Molecular y Gestión de laboratorio; Los profesionales deben ser Bioquímico o Bioquímico Farmacéutico debe tener el Titulo de especialidad, Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registro en Colegio Respectivo Se solicita adjuntar Hoja de Vida documentada. 3. Todo el personal profesional Bioquímico o Bioquímico Farmacéutico, con experiencia en las diferentes áreas del Laboratorio debe contar con Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registró en el Colegio Respectivo. Se solita adjuntar Hoja de Vida documentada. 4. Todo el personal Técnico de Laboratorio, con experiencia en las diferentes áreas del Laboratorio debe contar con Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registró en el Colegio Respectivo. Se solita adjuntar Hoja de Vida documentada. 5. El personal administrativo y de apoyo debe ser en cantidad suficiente para cumplir la demanda, calidad y calidez de atención, en los diferentes horarios de atención. 6. El laboratorio en las diferentes áreas, deberá contar con el personal suficiente y adecuado que trabajen bajo directa supervisión del Regente del laboratorio. |  | | 1. **ESTUDIOS** |  | | 1. El proponente debe realizar la totalidad de los estudios solicitados a los asegurados de la CSBP pertenecientes a la Regional La Paz, detallados en los **Anexos 1 y 2**. 2. Ante la existencia de excepcionalidad en algún estudio que requiera la derivación a otro centro, el proponente será responsable de la gestión a realizar, se requiere aclaración de los estudios a derivar. 3. Para todos los estudios detallados en **Anexos 1 y 2**, el proponente deberá indicar los costos por cada estudio, con descuento preferencial para la CSBP. 4. El proponente además indicara costos de otros estudios que no se encontraran en el anexo, pero que también lo ofertan. |  | | 1. **PERSONAL DE COORDINACIÓN** |  | | El proponente deberá asignar personal para la coordinación de actividades con la CSBP y formar parte del Comité de Vigilancia Epidemiológica. |  | | 1. **SERVICIO DE LABORATORIO**   El proponente deberá presentar su oferta económica que incluya:   * + - 1. Propuesta económica de realización de exámenes de laboratorio a monto fijo mensual de acuerdo a **Anexo 1** por el número de exámenes de laboratorio, para un promedio de 27.000 estudios mensuales.       2. Propuesta de costos por prueba que exceda los 27.000 (27.001 o más) estudios de acuerdo a **Anexo 1**. Precio con descuento preferencial para pruebas ofertadas.       3. El proponente deberá presentar costo preferencial para las pruebas detalladas en **Anexo 2**.       4. El proponente deberá detallar en listado pruebas y sus costos que no son requeridas por la CSBP en **Anexos 1 y 2** y que pueden ser incluidas en contrato. |  | |  |  |   **ANEXO 1**   |  |  | | --- | --- | | **PRUEBAS GENERALES DENTRO DEL CONTRATO DE MONTO FIJO** | | | **ESTUDIO** | **OBSERVACIONES** | | **PRUEBAS HEMATOLOGICAS** | | | ACIDO FÓLICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | AGREGACIÓN PLAQUETARIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS  ANTI-RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI-RH (D) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BETACAROTENO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ERITROPOYETINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FERRITINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FOLATO ERITROCITARIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FÓRMULA DIFERENCIAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FRAGILIDAD CAPILAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FRAGILIDAD OSMOTICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FRAGILIDAD GLOBULAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HAPTOGLOBINA SÉRICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEMOGRAMA COMPLETO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HIERRO SÉRICO Y TBIC | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INVESTIGACION DE PLASMODIUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LEUCOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LISIS DE EUGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MORFOLOGÍA ERITROCITARIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PLASMA RICO EN PLAQUETAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE REACCIÓN CRUZADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE SOLUBILIDAD DE CÈLULAS FALCIFORMES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN ESPUTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN SECRECIÓN FARÍNGEA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE PLAQUETAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE RETICULOCITOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE COOMBS (DIRECTO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE COOMBS (INDIRECTO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE HAM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VITAMINA B12 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VITAMINA B6 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICOAGULANTE LÚPICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTITROMBINA III | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DÍMERO "D" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FACTOR DE VON WILLEBRAND | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FACTOR V DE LEIDEN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FIBRINÓGENO PLASMÁTICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PLASMINÓGENO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRODUCTO DE DEGRADACION DE LA FIBRINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROTEINA C | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROTEINA S | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RETRACCIÓN DEL COÁGULO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIEMPO DE COAGULACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIEMPO DE PROTROMBINA E INR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIEMPO DE SANGRÍA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIEMPO DE SANGRÍA Y COAGULACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIEMPO DE TROMBINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTPA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIEMPO DE COAGULACION ACTIVADA (CELITE) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MIOGLOBINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | **BIOQUÍMICOS** | | | 17 - CETOSTEROIDES FRACCIONADOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | 17 - CETOSTEROIDES URINARIOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | 17 - HIDROXICETOSTEROIDES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | 17 - HIDROXIPREGNENOLONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | 17 - HIDROXIPROGESTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | 17 - OH CORTICOSTEROIDE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ADRENALINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ALDOSTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ALFA-FETOPROTEINA (AFP) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANDROSTENEDIONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI TIROGLOBULINA (ANTI - TG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES (ANTI-TPO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI-R-TSH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BETA-2 MICROGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CALCITONINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CORTISOL AM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CORTISOL PM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CORTISOL AM/PM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CORTISOL LIBRE EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DEHIDREPIANDROSTENEDIONA (DHEA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DHEA-SULFATLO (DHEA-S) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DIGOXINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DIHIDROTESTOSTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | EPINEFRINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ESTRADIOL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ESTRIOL EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FSH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GALACTOSEMIA TOTAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GLUCAGON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HCG EN ORINA DE 24HRS. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HIDROXIPROLINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HIDROXIPROLINA ORINA 24H. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA ADRENOCORTICOTROPINA (ACTH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA ANTIDIURÉTICA (ADH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA DE CRECIMIENTO GH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA DE CRECIMIENTO POST EJERCICIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA IGF-1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA LUTEINIZANTE (LH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA PARATIROIDEA (PTH) INTACTA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA TIRO ESTIMULANTE (TSH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INDICE DE RESISTENCIA A INSULINA HOMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA IGE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INSULINA CURVA DE TOLERANCIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INSULINA POST PRANDIAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PEPTIDO C | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PREGNOSTICON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROGESTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROLACTINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROTEINA-3 DE TRANSPORTE DE IGF-1 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE EMBARAZO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE FENILCETONURIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RENINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SECRETINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SEROTONINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ß-HCG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TESTOSTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TESTOSTERONA BIODISPONIBLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TESTOSTERONA CON ESTIMULO DE HGC | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TESTOSTERONA LIBRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIROGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIROXINA (T4) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TIROXINA LIBRE (T4L) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TRIIODOTIRONINA (T3) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TRIIODOTIRONINA LIBRE (T3L) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TSH ULTRASENSIBLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VASOPRESINA (ADH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTÍGENO CARBOHIDRATADO 19-9  (CA 19-9) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTIGENO CARBOHIDRATADO CA 54-9 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTÍGENO CARBOHIDRATO (CA 153) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 125 (CA 125) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 27-9 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTIGENO CARBOHIDRATO 50 (CA - 50) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 72-4 (CA 72-4) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTÍGENO CARCINO EMBRIONARIO (CEA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTÍGENO TUMORAL VEJIGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CA - 12.2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CA 242 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CA 27-29 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CROMOGRANINA A | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CYFRA 21.1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PSA LIBRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PSA TOTAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | C1 INHIBIDOR DE LA ESTEREASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LCR ADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ELECTROLITOS EN SUDOR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROTEINA BENCE-JONES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | **INMUNOLOGIA** | | | ADENOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | AMEBAS (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI - CITOSOL HEPATICO (LC1) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI  LEISHMANIA SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI - MITOCONDRIALES (AMA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI - PPD (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI - SM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI  STAPHYLOCOCCUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI  TPHA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI DNA (DS) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI GLIADINA (IGA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI HIALURONIDASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI HISTONAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI JO-1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI MIELINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI MUSCULO LISO AMA L | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI NEUMOCOCO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI PPD (IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI PPD IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI RNP/SM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI SCL-70 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI ß2 GLICOPROTEINA IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI ß2 GLICOPROTEINA IGG IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI SS-A (RO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI SS-B (LA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI STREPTOCOCCUS DE GRUPO "A" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI STREPTOCOCCUS DE GRUPO "B" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI.DNA (SS) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPO ANTI LEGIONELLA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPO ANTI UI-RNP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPO ANTIRECEPTOR DE ACETILCOLINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI ASPERGILOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI BLASTOMICOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI BORRELIA SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI ERITROIDE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI GAD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI PAROTIDITIS IGM IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTICENTROMERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIESPERMATOZOIDES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI-GLIADINA DEAMINADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI-NUCLEARES (ANA, CELULAS HEP-2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI-RP3 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTITOPOISOMERASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS COCCIDIOMICOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS IGG ANTI-GLIADINA DEAMINADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS TOTALES CONTRA DICHLAMYDIA (SUERO) IGM - IGGFTERIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTIESTREPTOLICINA "O" (ASTO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTIGENEMIA PARA CITOMEGALOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTIGENO HELYCOBACTER PYLORI. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTIGLIADINA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTIGLIADINA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ASCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BORDETELLA PERTUSSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BRUCELLA (AC. TOTALES) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BRUCELLA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BRUCELLA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | C - ANCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CÁLCULO RENAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CÁLCULO VESICAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CALPROTEINA FECAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CANDIDA SPP AG.IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CANDIDA SPP AG.IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CARDIOLIPINA IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CARDIOLIPINA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CARDIOLIPINAS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CARDIOLIPINAS IGM & IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CÉLULAS LE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHIKUNGUNYA (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMIDIA EN SECRECION URETRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMIDIA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMIDIA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMIDIA POR  INMUNOFLUORESCENCIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA (LIQUIDO SEMINAL) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA (SUERO) IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA (SUERO) IGM - IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA EN SECRECIÓN VAGINAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA PNEUMONIAE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CISTICERCOCIS EN LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CISTICERCOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CITOMEGALOVIRUS (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CITOMEGALOVIRUS EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CITOMEGALOVIRUS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CITOMEGALOVIRUS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CITOQUIMICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COMPLEMENTO C3 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COMPLEMENTO C4 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COMPLEMENTO CH50 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COMPLEMENTO HEMOLITICO TOTAL (CH50) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COPRORFIRINAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CORONAVIRUS (COVID-19) EIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COXSACKIE VIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CRIOAGLUTININAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CRIOGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CRIPTOCOCOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DENGUE (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DENGUE PRUEBA RÁPIDA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETECCIÓN DEL VIRUS DEL ZIKA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETERMINACIO DE RIKETTSIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETERMINACIÓN DE COVID-19 POR QUIMIOLUMINISCENCIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETERMINACION DE INMUNOFLUORECENCIA TIPO A(H1N1) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETERMINACION DE NEISSERIA GONORRHOEAE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ENFERMEDAD DE CHAGAS (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ENFERMEDAD DE CHAGAS (HAI) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ENFERMEDAD DE CHAGAS (IFI) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ENTEROVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | EPSTEIN BARR ( IGM - IGG ) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FACTOR REUMATOIDEO (RA LATEX) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FAGOCITOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FTA-ABS SIFILIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GIARDIA LAMBLIA (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HELYCOBACTER PYLORI EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HELYCOBACTER PYLORI EN SUERO (IGM & IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HELYCOBACTER PYLORI IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS  D (DELTA-AG.) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS A (HAVAB) IGG & IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B CORE (ANTI - HBC) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B CORE (IGM E IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B ENVOLTURA (AG E VHB) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B ENVOLTURA, ANTICUERPOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B SUPERFICIE ( AC.S.VHB) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B SUPERFICIE (AG. S.VHB) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B SUPERFICIE (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS C (ANTICUERPOS VHC IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS C IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS C IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS E | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 1 (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 1 + 2  (IFI) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 1 + 2 (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 1 IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 1 IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 2 (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 2 IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES 2 IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES ZOSTER IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HERPES ZOSTER IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HIDATIDOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HTLV-I | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HTLV-I Y II | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HTLV-II | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HYSTOPLASMOSIS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HYSTOPLASMOSIS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI ANTIENDOMISIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI INFLUENZA A Y B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI INFLUEZA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI MICOPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI PARA LEISHMANIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI PARA SÍFILIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI PARA TOXOPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI PARA UREAPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFI PARA ANTICUERPOS ANTINUCLEARES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGE) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA EN LCR (TOTAL) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA IGD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LEISHMANIA SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LEPTOSPIROSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS TOTALES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LISTERIA MONOCYTOGENES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MALARIA (EIA) IGM - IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MIELOPEROXIDASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MONOTEST | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MORFOLOGIA CELULAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MYCOPLASMA HOMINIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MYCOPLASMA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MYCOPLASMA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MYCOPLASMA PNEUMONIAE (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | P - ANCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | P - ANCA Y C - ANCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PARAINFLUENZA (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PARAMIXOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PAROTIDITIS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PAROTIDITIS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PARVOVIRUS B 19 (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR AGLUTINACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA HIV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR ULTRASENSIBLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PEPTIDO S | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PLASMODIUM SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROTEINA C REACTIVA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE ANTÍGENO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE CRIBADO DE HIV 4TA.GENERACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE HIPERSENSIBILIDAD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE ROSA DE BENGALA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA RÁPIDA DE HELYCOBACTER PYLORI | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | REACCION DE HUDDLESON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | REACCION DE SABIN FELDMAN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | REACCIÓN DE VIDAL Y WEIL FELIX | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | REACCION DE WAALHER - ROSE R.A | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RICKETTSIAS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RICKETTSIAS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ROTAVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RPR / VDRL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RUBEOLA (IGG & IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SARAMPION IGM - IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SEROLOGÍA PARA CAMPYLOBACTER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SÍFILIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SIFILIS (CMIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SIFILIS (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | STREPTOZYME | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE AGLUTINACION DE HUDLENSON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE AVIDEZ DE AC IGG ANTITOXOPLASMA GONDII | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE AVIDEZ DE AC IGG PARA CITOMEGALOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ISAGA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST RAPIDO PARA HIV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TETANOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TOXOCARA CANIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TOXOPLASMOSIS (IGG & IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TOXOPLASMOSIS EN LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TOXOPLASMOSIS IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TUBERCULOSIS EN LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | UREAPLASMA UREALYTICUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VARICELA ZOSTER IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VARICELA ZOSTER IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VARICELA-ZOSTER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VDRL DE LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) II | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 (HIV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VITAMINA A | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VITAMINA D | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VITAMINA D25-HIDROXI EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA DE NEUTRALIZACION (ACE2-RBD) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | C1 Q COMPLEMENTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COMPLEMENTO C2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TOXOPLASMA ISAGA IG "M" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | QUANTIFERON TB GOLD PLUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MICROHEMATOCRITO PARA CHAGAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | **MICROBIOLOGIA** | | | ACAROTEST | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ASPERGILLIUS FUMIGATUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BK DIRECTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BK SERIADO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BK1  BK2  BK3 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO CHLAMYDIA TRACHOMATI EN EXUDADO VAGINAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO CONJUNTIVAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE ENDOCERVIX | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE ESPUTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE EXUDADO DE HERIDA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE EXUDADO NASAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE EXUDADO URETRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE HONGOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE LÍQUIDOS ORGÁNICOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE LÖWENSTEIN-JENSEN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE SECRECIÓN ÓTICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE SECRECIONES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE SEMEN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO PARA CAMPILOBACTERIAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CULTIVO DE ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DEMODEX FOLLICULORUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | EXAMEN DE GOTA EN FRESCO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | EXAMEN EN CAMPO OSCURO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | EXAMEN EN FRESCO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | EXAMEN PARASITOLOGICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HELYCOBACTER PILORI EN  MUCOSA ANTRO GÁSTRICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEMOCULTIVO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MICOLOGICO DIRECTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BILICULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PNEUMOCYSTIS CARINII | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE TZANCK | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE UREASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TINCION GRAM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TINCION PARA CHLAMIDIAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TINTA CHINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TOXINA PARA CLOSTRIDIUM PERFRINGES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | VEROTOXINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | **PARASITOLOGIA Y ORINAS** | | | AMEBAS EN FRESCO (DETERMINACIÓN) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | AMEBAS EN FRESCO SERIADO (DETERMINACIÓN) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | AZUCARES REDUCTORES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COPROPARASITOLÓGICO SERIADO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COPROPARASITOLÓGICO SERIADO DE 6 MUESTRAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COPROPARASITOLÓGICO SIMPLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETECCION CUANTITATIVA DE GRASAS EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETERMINACION DE COCCIDIOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ESTEATOCRITO EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ESTUDIO COPROLOGICO 1ª MUESTRA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ESTUDIO COPROLÓGICO 2 MUESTRAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INTOLERANCIA A LA LACTOSA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INVESTIGACION DE CRYPTOSPORIDIUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INVESTIGACIÓN DE STRONGYLOIDES STERCOLARIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MOCO FECAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PARASITOLÓGICO EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE EOSINOFILOS EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SANGRE OCULTA EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SANGRE OCULTA EN HECES (SERIADO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SUDAN III | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE FEHLING | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE GRAHAM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE GRAHAM SERIADO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BILIRRUBINAS EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CETONURIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CISTINURIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | EXAMEN GENERAL DE ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MORFOLOGIA GR EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RECUENTO DE ADDIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SEDIMENTO URINARIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | URIANÁLISIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | **BIOLOGIA MOLECULAR** | | | ENFERMEDAD DE CHAGAS (PCR) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA ASPERGILLUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA BK | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA BORDETELLA PERTUSSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA CANDIDA ALBICANS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA CHLAMIDIA TRACHOMATIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA CISTICERCOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA CITOMEGALOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA DENGUE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA ECHOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA ENTEROVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA EPSTEIN BARR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA GONORREA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA H1N1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA HELYCOBACTER PYLORI | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA INFLUENZA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA LEISHMANIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA MYCOPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA NEISSERIA GONORREA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA PAROTIDITIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA TOXOPLASMA GONDII | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA TREPONEMA PALLIDUMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA UREAPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA VARICELA ZOSTER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA VIRUS CHIKUNGUNYA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA VIRUS HERPES (1-2) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA VIRUS ZIKA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETECCIÓN DEL RNA DEL VIRUS SARS COV2 POR RT-PCR (COVID-19) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA COXSACKIE VIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA ESCHERICHIA COLI | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RT PCR PARA INFLUENZA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | **FARMACOS Y TOXICOLOGIA** | | | DETERMINACIÓN DE CIANURO EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETERMINACIÓN DE PLOMO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FENCICLIDINA PCP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ACETAMINOFENO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ACIDO VALPROICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ALCOHOL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ALCOHOL EN SANGRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | AMITRIPTILINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANFETAMINAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ARSENICO EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ARSENIO EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BARBITURICOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | BENZODIACEPINAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CARBAMAZEPINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CICLOSPORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COCAINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | COTININA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DIAZEPAN EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DIFENILHIDANTOINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DOPAMINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FENITOINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | FENOBARBITAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MARIHUANA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | METANFETAMINA EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MORFINA EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | NICOTINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | OPIÁCEOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PREGABALINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | Litio | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |   **ANEXO 2**   |  |  | | --- | --- | | **PRUEBAS GENERALES DENTRO DE CONTRATO FUERA DEL MONTO FIJO** | | | **ESTUDIO** | **OBSERVACIONES** | | 17 - HIDROXIPROGESTERONA POST ACTH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CURVA DE CORTISOL POST ACTH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CURVA DE HORMONA DE CRECIMIENTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CURVA DE INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CURVA DE CORTISOL POST ACTH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CURVA DE HORMONA DE CRECIMIENTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GH POST INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GH SUP. POST GLUCOSA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GLOBULINA LIGADORA DE HORMONAS SHBG-GLAE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA DE CRECIMIENTO POS ESTIMULO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA DE CRECIMIENTO POST CLONIDINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO DE ESTRADIOL CON LH-RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO DE FSH CON LH-RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO DE FSH CON LH-RH 100 UG IV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO DE LH CON LH-RH 100 UG IV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO DE LH CON LH-RH HORAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO DE TESTOSTERONA CON LH-RH 24HRS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO DE TSH CON TRH (200 UG IV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE ESTIMULO LH RH DE PROLACTINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CARIOTIPO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CÉLULAS CD16 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | GASTRO-LIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS B (CD-19) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS B CD20 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS CD-22 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS CD4 - CD8 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS T | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS T CITOTOXICOS / SUPRESORES (CD-8) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS T HELPER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS T MADUROS (CD-3) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LINFOCITOS T Y B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | LIVER-LIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PRUEBA CONFIRMATORIA DE HIV - WESTERN BLOT | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PANEL DE BACTERIAS GASTROINTESTINAL POR PCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PANEL SEXUAL PCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR MULTIPLEX PANEL DETECCION BAC.GASTROINTEST. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PANEL RESPIRATORIO PCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PHADIATOP / PHADIATOP PEDIATRICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | RAST INMUNOLÓGICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HLA DQ2-DQ8 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | MICOPLASMA Y UREAPLASMA GENITAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CADENAS LIGERAS KAPPA Y LAMBDA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | CHLAMYDIA (INFECCION ACTIVA ANTIGENO) IFD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TEST DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIMIELINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | WESTERN BLOT TORCH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | IFB MYCOPLASMA UREAPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DIHIDROTESTOSTERONA CON ESTIMULO HGC | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ESTRIOL LIBRE EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA DE CRECIMIENTO CON HIPOGLICEMIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA LIBERADORA DE CORTICOTROPINA (CRF) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HORMONA DE CRECIMIENTO POST GRF | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | NORADRENALINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | NOREPINEFRINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROLACTINA CON TRH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROTEINA A ASOCIADA AL EMBARAZO (PAPP - A) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANA - LIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE ACETÍLCOLINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTICUERPOS ANTI-PEPTIDO CÍCLICO DE LA CITRULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ANTI-LKM 1 (LIVER-KINDNEY-MICROSOMAL) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DETERMINACION DE HORMONA ANTIMULLERIANA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ELASTASA-1 PANCREATICA FECAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 3 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 4 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA HEPATITIS B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA HEPATITIS C | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PROTEINOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | TACROLIMUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS B CARGA VIRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HEPATITIS C CARGA VIRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR EN TIEMPO REAL CARGA VIRAL EPSTEIN BARR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | HIV CARGA VIRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | PCR PARA PAPILOMA VIRUS (HPV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DEGRANULACION DE BASOFILOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ALDOSTERONA AM/PM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ß-GONADOTROFINA CORIONICA LIBRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | SCREENING DE FIBROSIS QUISTICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | ESPERMATOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | | DEHIDROXIVITAMINA (D3) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE V**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA TECNICA |
| **FORMULARIO 4** | DETALLE DE EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA |
| **FORMULARIO 5** | PROPUESTA ECONOMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Invitacion Publica LP-IP-04-2024**

**“SERVICIO DE LABORATORIO”**

A nombre de (***Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Invitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a inhabilitar la presente propuesta y ejecutar la Garantía de Seriedad de Propuesta.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

**III.- De la Presentación de Documentos.**

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

h) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

\*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

d) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

f) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra propuesta por un periodo de ………***(indicar número de días que debe ser igual o superior a sesenta (60) días calendario)*** a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_(*colocar número de testimonio, lugar y fecha)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_(colocar número, lugar y fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Nombre del representante legal de la asociación accidental

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA TÉCNICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS NECESARIOS Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad | | |
| **Características Técnicas** | **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**  (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE** | | **Observaciones** (especificar por qué no cumple) |
| **SI** | **NO** |
| **REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE LABORATORIO POR CONTRATO, CON UNA VIGENCIA DE 24 MESES** |  |  |  |  |
| 1. Resolución Administrativa actualizada, emitida por autoridad competente. |  |  |  |  |
| * El tiempo de constitución de la empresa Proponente debe superar los 10 años y su sede central deberá estar en la ciudad de La Paz | Especificar y adjuntar respaldo |  |  |  |
| 1. El plazo de servicio es de 24 meses | Manifestar aceptación |  |  |  |
| 1. CONTROL DE CALIDAD |  |  |  |  |
| 1. Certificación nacional de control de calidad externo, en las diferentes áreas de Laboratorio. 2. Certificación Internacional de control de calidad interno en Laboratorio. (HEMATOLOGIA, INMUNOLOGIA, HORMONAS, MICROBIOLOGIA, QUIMICA SANGRUINEA) 3. Certificación ISO 9001 2015 con por lo menos 6 años de continuidad otorgado por organismo certificador nacional e internacional en todos los procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos. 4. Proceso o certificación para acreditación internacional de laboratorios 5. Registros de Control de Calidad Interno y Externo 2023, con el compromiso de presentar resultados de control de calidad interno y externo cada gestión durante la vigencia del contrato. 6. Procedimientos operativos estandarizados en cada área del Laboratorio documentado. 7. Manuales de Gestión de calidad, Bioseguridad, Organización y Funciones, Código de ética, Toma y Transporte de muestras. 8. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: | Especificar y adjuntar respaldo |  |  |  |
| 1. Para la atención del servicio de laboratorio para pacientes ambulatorios del Policonsultorio de la ciudad de La Paz, el proponente deberá contemplar la toma de muestras en el Policonsultorio de la CSBP ubicado en la calle Cap. Ravelo esquina Montevideo, en dos horarios por la mañana y tarde, mismos a coordinar. 2. Para la atención en Clínica Regional La Paz, (Calle 2 Obrajes), el proponente debe contemplar la Toma de muestra durante las 24 horas de lunes a domingo, incluyendo feriados. 3. La prestación del servicio se realizará en las instalaciones de Clínica Regional La Paz, bajo la habilitación de las diferentes áreas de laboratorio, lo que incluye equipos, muebles requeridos para atender la demanda de Clínica y Policonsultorio. 4. Para atender la demanda del Laboratorio debe contar con todas las áreas de especialidad requeridas, Hematología, Inmunología, Serología, Parasitología, Uroanálisis, Microbiología, Química Sanguínea. 5. Asimismo, el proponente señalará la dirección del laboratorio central y sucursales donde se procesen otros estudios según convenio vigente. 6. A efectos de supervisión, soporte y control, el proponente deberá contar con oficina central o sucursal propia en la ubicación más cercana de la unidad de la clínica regional La Paz. | Manifestar Aceptación y Especificar |  |  |  |
| 1. EQUIPAMIENTO, REACTIVOS E INSUMOS DE LABORATORIO |  |  |  |  |
| 1. Los equipos habilitados en las instalaciones del Laboratorio deben ser automáticos, semiautomáticos según demanda y cumplimiento de horarios de entrega de resultados diferenciados en resultados de emergencia y de rutina. 2. En las áreas se solicita por el volumen de asegurados el siguiente equipamiento:   Hematología: analizador de hematología por citometría de flujo como primer método.  COAGULOMETRO sistema fotométrico para tiempo de pro trombina, tiempo parcial de tromboplastina activada, proteína s, proteína c, fibrinógeno, dimero D, tromboplastina y factores de coagulación  Electroforesis de proteína totalmente automatizado.  Química Sanguínea: Equipo de alta capacidad de proceso con un mínimo de 600 pruebas fotométricas incluyendo electrolitos, técnicas aplicadas de colorimetría, cinética, turbidimetria y potenciometria ICT, volúmenes de trabajo de 15 a 20 ul de muestra. (Se sugiere procedencia americana)  Equipo para gasometría para una amplia gama de análisis vitales de gases en sangre, electrolitos, bioquímica, coagulación y marcadores cardíacos, trasportable a terapia intensiva.  Inmunología Equipo de Quimioluminiscencia con un rendimiento de 400 pruebas por hora (se sugiere procedencia americana).  Analizador de HbA1c para control del diabético.  Presentar cronograma y contrato de mantenimiento correctivo y preventivo que realiza el proponente con alguna empresa externa de mantenimiento con experiencia mínima de 10 años   1. El equipamiento debe tener la posibilidad de ser nuevo y de última generación, con el respaldo correspondiente. 2. Las diferentes áreas deben ser equipadas de acuerdo a la necesidad y demanda cumpliendo calidad y calidez de atención. 3. El área de Toma de muestra de Clínica y Policonsultorio deben estar equipadas de acuerdo a necesidad y norma de estudios a realizar (Muestras sanguíneas, ginecológicas, bacteriológicas, pediátricas y especiales que requieren reposo.) 4. El equipamiento, reactivos, materiales e insumos serán de entera responsabilidad del Laboratorio adjudicado. 5. El laboratorio adjudicado debe contar con los reactivos, materiales e insumos a utilizar y en cantidad suficiente de acuerdo a la demanda. 6. Los reactivos a utilizar deben cumplir protocolos de control de vencimiento y registros de acuerdo a normas vigentes. | Especificar |  |  |  |
| 1. HORARIOS DE ATENCION |  |  |  |  |
| 1. El Horario de atención en Clínica de la CSBP, debe ser de 24 horas de lunes a domingo incluyendo feriados, garantizando el personal en número suficiente. 2. La toma de muestra de pacientes ambulatorios en Clínica y Policonsultorio será coordinada de acuerdo a necesidad de la CSBP. 3. La toma de muestra a domicilio a solicitud de la CSBP, se realizará sin costo adicional y solo en situaciones que así lo requieran por el estado del paciente. | Manifestar Aceptación |  |  |  |
| 1. EQUIPO INFORMÁTICO: |  |  |  |  |
| El proponente deberá contar de manera obligatoria con un sistema Informático enlazado al Sistema SAMI de la CSBP, en Clínica y Policonsultorio de la Regional La Paz.   * Presentar experiencia de conexiones con otros sistemas informáticos (demostrable).  1. Equipo de computación I3 o superior, procesador de 2.8 Gbtes o superior, memoria RAM 8Gbtes o superior, Disco Duro de 256 Gbtes o superior, Antivirus actualizados, sistema Windows con ultimo parche de seguridad actualizado. 2. Compromiso de compatibilización del software del laboratorio con el software médico de la CSBP “SAMI”, con el objetivo de contar con toda la información de resultados de laboratorio clínico, alimentados en la base de datos del “SAMI”. | Especificar |  |  |  |
| 1. REPORTES MENSUALES E INFORMES DE RESULTADOS |  |  |  |  |
| 1. El proponente de manera obligada deberá incorporar al sistema SAMI, imprimir y remitir los resultados de los estudios, de forma impresa todos los días de haberse realizado la toma de muestra, salvo si se tratara de estudios o pruebas especiales que demanden mayor tiempo. 2. Los estudios demandados en la emergencia y pacientes hospitalizados deben ser procesados y remitidos de acuerdo a estudios realizados, con la posibilidad de ser remitidos con un tiempo máximo de una hora. 3. Todo reporte de laboratorio impreso debe llevar obligatoriamente el sello y firma del profesional responsable. 4. El reporte de resultados debe realizarse mediante el software y procedimiento a determinar. 5. El servicio de laboratorio deberá hacer llegar cada mes a la regional los reportes de estudios de cultivos y antibiogramas desglosados por especialidades médicas, pacientes, edad, sexo, perfil epidemiológico y resistencia bacteriana | Manifestar Aceptación |  |  |  |
| 1. CONTROLES |  |  |  |  |
| Evaluación periódica externa por la CSBP.  El proponente aceptará ser evaluado por la CSBP en cualquier momento sin previo aviso, entre 2 a 4 veces al año. Mediante un control de calidad a doble ciego con un Laboratorio referencial externo certificado, cuyo costo correrá por cuenta del proponente, unas copias de los resultados de mismas deberán presentarse a Jefatura Médica Regional.  La CSBP enviara personal previa coordinación, para realizar supervisión y controles periódicos.  Se realizarán reuniones periódicas con las autoridades del Servicio de Laboratorio donde se analizarán el cumplimiento del contrato. | Manifestar Aceptación |  |  |  |
| 1. ANTECEDENTES |  |  |  |  |
| Experiencia en el servicio requerido con entidades de Salud mínimo 10 años, adjuntar certificados de respaldo. | Especificar |  |  |  |
| 1. REQUISITOS PROFESIONALES |  |  |  |  |
| 1. Representante legal del Laboratorio debe ser Bioquímico o Bioquímico Farmacéutico debe contar con Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registro en Colegio Respectivo, Se solicita adjuntar Hoja de Vida documentada. 2. En las áreas de especialidad Bacteriología, Hematología, Química Sanguínea, Inmunología, Biología Molecular y Gestión de laboratorio; Los profesionales deben ser Bioquímico o Bioquímico Farmacéutico debe tener el Titulo de especialidad, Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registro en Colegio Respectivo Se solicita adjuntar Hoja de Vida documentada. 3. Todo el personal profesional Bioquímico o Bioquímico Farmacéutico, con experiencia en las diferentes áreas del Laboratorio debe contar con Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registró en el Colegio Respectivo. Se solita adjuntar Hoja de Vida documentada. 4. Todo el personal Técnico de Laboratorio, con experiencia en las diferentes áreas del Laboratorio debe contar con Titulo en Provisión Nacional, Matricula profesional, Registró en el Colegio Respectivo. Se solita adjuntar Hoja de Vida documentada. 5. El personal administrativo y de apoyo debe ser en cantidad suficiente para cumplir la demanda, calidad y calidez de atención, en los diferentes horarios de atención. 6. El laboratorio en las diferentes áreas, deberá contar con el personal suficiente y adecuado que trabajen bajo directa supervisión del Regente del laboratorio. | Especificar y adjuntar respaldo |  |  |  |
| 1. ESTUDIOS |  |  |  |  |
| 1. El proponente debe realizar la totalidad de los estudios solicitados a los asegurados de la CSBP pertenecientes a la Regional La Paz, detallados en los **Anexos 1 y 2**. 2. Ante la existencia de excepcionalidad en algún estudio que requiera la derivación a otro centro, el proponente será responsable de la gestión a realizar, se requiere aclaración de los estudios a derivar. 3. Para todos los estudios detallados en **Anexos 1 y 2**, el proponente deberá indicar los costos por cada estudio, con descuento preferencial para la CSBP. 4. El proponente además indicara costos de otros estudios que no se encontraran en el anexo, pero que también lo ofertan. | Especificar |  |  |  |
| 1. PERSONAL DE COORDINACIÓN |  |  |  |  |
| El proponente deberá asignar personal para la coordinación de actividades con la CSBP y formar parte del Comité de Vigilancia Epidemiológica. | Especificar |  |  |  |
| 1. SERVICIO DE LABORATORIO |  |  |  |  |
| El proponente deberá presentar su oferta económica que incluya:   1. Propuesta económica de realización de exámenes de laboratorio a monto fijo mensual de acuerdo a **Anexo 1** por el número de exámenes de laboratorio, para un promedio de 27.000 estudios mensuales. 2. Propuesta de costos por prueba que exceda los 27.000 (27.001 o más) estudios de acuerdo a **Anexo 1**. Precio con descuento preferencial para pruebas ofertadas. 3. El proponente deberá presentar costo preferencial para las pruebas detalladas en **Anexo 2**. 4. El proponente deberá detallar en listado pruebas y sus costos que no son requeridas por la CSBP en **Anexos 1 y 2** y que pueden ser incluidas en contrato. | Especificar |  |  |  |

**ANEXO 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRUEBAS GENERALES DENTRO DEL CONTRATO DE MONTO FIJO** | |
| **ESTUDIO** | **OBSERVACIONES** |
| **PRUEBAS HEMATOLOGICAS** | |
| ACIDO FÓLICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| AGREGACIÓN PLAQUETARIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS  ANTI-RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI-RH (D) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BETACAROTENO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ERITROPOYETINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FERRITINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FOLATO ERITROCITARIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FÓRMULA DIFERENCIAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FRAGILIDAD CAPILAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FRAGILIDAD OSMOTICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FRAGILIDAD GLOBULAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HAPTOGLOBINA SÉRICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEMOGRAMA COMPLETO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HIERRO SÉRICO Y TBIC | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INVESTIGACION DE PLASMODIUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LEUCOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LISIS DE EUGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MORFOLOGÍA ERITROCITARIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PLASMA RICO EN PLAQUETAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE REACCIÓN CRUZADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE SOLUBILIDAD DE CÈLULAS FALCIFORMES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN ESPUTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN SECRECIÓN FARÍNGEA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE PLAQUETAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE RETICULOCITOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE COOMBS (DIRECTO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE COOMBS (INDIRECTO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE HAM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VITAMINA B12 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VITAMINA B6 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTITROMBINA III | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DÍMERO "D" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FACTOR DE VON WILLEBRAND | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FACTOR V DE LEIDEN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FIBRINÓGENO PLASMÁTICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PLASMINÓGENO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRODUCTO DE DEGRADACION DE LA FIBRINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROTEINA C | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROTEINA S | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RETRACCIÓN DEL COÁGULO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIEMPO DE COAGULACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIEMPO DE PROTROMBINA E INR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIEMPO DE SANGRÍA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIEMPO DE SANGRÍA Y COAGULACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIEMPO DE TROMBINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTPA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIEMPO DE COAGULACION ACTIVADA (CELITE) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MIOGLOBINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| **BIOQUÍMICOS** | |
| 17 - CETOSTEROIDES FRACCIONADOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| 17 - CETOSTEROIDES URINARIOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| 17 - HIDROXICETOSTEROIDES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| 17 - HIDROXIPREGNENOLONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| 17 - HIDROXIPROGESTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| 17 - OH CORTICOSTEROIDE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ADRENALINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ALDOSTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ALFA-FETOPROTEINA (AFP) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANDROSTENEDIONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI TIROGLOBULINA (ANTI - TG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES (ANTI-TPO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI-R-TSH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BETA-2 MICROGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CALCITONINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CORTISOL AM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CORTISOL PM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CORTISOL AM/PM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CORTISOL LIBRE EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DEHIDREPIANDROSTENEDIONA (DHEA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DHEA-SULFATLO (DHEA-S) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DIGOXINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DIHIDROTESTOSTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| EPINEFRINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ESTRADIOL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ESTRIOL EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FSH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GALACTOSEMIA TOTAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GLUCAGON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HCG EN ORINA DE 24HRS. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HIDROXIPROLINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HIDROXIPROLINA ORINA 24H. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA ADRENOCORTICOTROPINA (ACTH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA ANTIDIURÉTICA (ADH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA DE CRECIMIENTO GH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA DE CRECIMIENTO POST EJERCICIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA IGF-1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA LUTEINIZANTE (LH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA PARATIROIDEA (PTH) INTACTA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA TIRO ESTIMULANTE (TSH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INDICE DE RESISTENCIA A INSULINA HOMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA IGE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INSULINA CURVA DE TOLERANCIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INSULINA POST PRANDIAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PEPTIDO C | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PREGNOSTICON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROGESTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROLACTINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROTEINA-3 DE TRANSPORTE DE IGF-1 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE EMBARAZO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE FENILCETONURIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RENINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SECRETINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SEROTONINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ß-HCG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TESTOSTERONA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TESTOSTERONA BIODISPONIBLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TESTOSTERONA CON ESTIMULO DE HGC | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TESTOSTERONA LIBRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIROGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIROXINA (T4) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TIROXINA LIBRE (T4L) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TRIIODOTIRONINA (T3) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TRIIODOTIRONINA LIBRE (T3L) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TSH ULTRASENSIBLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VASOPRESINA (ADH) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTÍGENO CARBOHIDRATADO 19-9  (CA 19-9) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTIGENO CARBOHIDRATADO CA 54-9 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTÍGENO CARBOHIDRATO (CA 153) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTÍGENO CARBOHIDRATO 125 (CA 125) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTÍGENO CARBOHIDRATO 27-9 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTIGENO CARBOHIDRATO 50 (CA - 50) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTÍGENO CARBOHIDRATO 72-4 (CA 72-4) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTÍGENO CARCINO EMBRIONARIO (CEA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTÍGENO TUMORAL VEJIGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CA - 12.2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CA 242 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CA 27-29 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CROMOGRANINA A | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CYFRA 21.1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PSA LIBRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PSA TOTAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| C1 INHIBIDOR DE LA ESTEREASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LCR ADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ELECTROLITOS EN SUDOR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROTEINA BENCE-JONES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| **INMUNOLOGIA** | |
| ADENOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| AMEBAS (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI - CITOSOL HEPATICO (LC1) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI  LEISHMANIA SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI - MITOCONDRIALES (AMA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI - PPD (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI - SM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI  STAPHYLOCOCCUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI  TPHA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI DNA (DS) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI GLIADINA (IGA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI HIALURONIDASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI HISTONAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI JO-1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI MIELINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI MUSCULO LISO AMA L | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI NEUMOCOCO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI PPD (IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI PPD IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI RNP/SM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI SCL-70 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI ß2 GLICOPROTEINA IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI ß2 GLICOPROTEINA IGG IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI SS-A (RO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI SS-B (LA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI STREPTOCOCCUS DE GRUPO "A" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI STREPTOCOCCUS DE GRUPO "B" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI.DNA (SS) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPO ANTI LEGIONELLA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPO ANTI UI-RNP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPO ANTIRECEPTOR DE ACETILCOLINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI ASPERGILOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI BLASTOMICOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI BORRELIA SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI ERITROIDE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI GAD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI PAROTIDITIS IGM IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTICENTROMERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIESPERMATOZOIDES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI-GLIADINA DEAMINADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI-NUCLEARES (ANA, CELULAS HEP-2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI-RP3 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTITOPOISOMERASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS COCCIDIOMICOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS IGG ANTI-GLIADINA DEAMINADA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS TOTALES CONTRA DICHLAMYDIA (SUERO) IGM - IGGFTERIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTIESTREPTOLICINA "O" (ASTO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTIGENEMIA PARA CITOMEGALOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTIGENO HELYCOBACTER PYLORI. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTIGLIADINA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTIGLIADINA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ASCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BORDETELLA PERTUSSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BRUCELLA (AC. TOTALES) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BRUCELLA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BRUCELLA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| C - ANCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CÁLCULO RENAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CÁLCULO VESICAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CALPROTEINA FECAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CANDIDA SPP AG.IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CANDIDA SPP AG.IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CARDIOLIPINA IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CARDIOLIPINA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CARDIOLIPINAS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CARDIOLIPINAS IGM & IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CÉLULAS LE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHIKUNGUNYA (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMIDIA EN SECRECION URETRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMIDIA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMIDIA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMIDIA POR  INMUNOFLUORESCENCIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA (LIQUIDO SEMINAL) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA (SUERO) IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA (SUERO) IGM - IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA EN SECRECIÓN VAGINAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CISTICERCOCIS EN LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CISTICERCOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CITOMEGALOVIRUS (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CITOMEGALOVIRUS EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CITOMEGALOVIRUS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CITOMEGALOVIRUS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CITOQUIMICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COMPLEMENTO C3 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COMPLEMENTO C4 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COMPLEMENTO CH50 EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COMPLEMENTO HEMOLITICO TOTAL (CH50) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COPRORFIRINAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CORONAVIRUS (COVID-19) EIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COXSACKIE VIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CRIOAGLUTININAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CRIOGLOBULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CRIPTOCOCOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DENGUE (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DENGUE PRUEBA RÁPIDA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETECCIÓN DEL VIRUS DEL ZIKA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETERMINACIO DE RIKETTSIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETERMINACIÓN DE COVID-19 POR QUIMIOLUMINISCENCIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETERMINACION DE INMUNOFLUORECENCIA TIPO A(H1N1) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETERMINACION DE NEISSERIA GONORRHOEAE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ENFERMEDAD DE CHAGAS (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ENFERMEDAD DE CHAGAS (HAI) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ENFERMEDAD DE CHAGAS (IFI) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ENTEROVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| EPSTEIN BARR ( IGM - IGG ) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FACTOR REUMATOIDEO (RA LATEX) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FAGOCITOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FTA-ABS SIFILIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GIARDIA LAMBLIA (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HELYCOBACTER PYLORI EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HELYCOBACTER PYLORI EN SUERO (IGM & IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HELYCOBACTER PYLORI IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS  D (DELTA-AG.) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS A (HAVAB) IGG & IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B CORE (ANTI - HBC) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B CORE (IGM E IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B ENVOLTURA (AG E VHB) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B ENVOLTURA, ANTICUERPOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B SUPERFICIE ( AC.S.VHB) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B SUPERFICIE (AG. S.VHB) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B SUPERFICIE (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS C (ANTICUERPOS VHC IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS C IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS C IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS E | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 1 (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 1 + 2  (IFI) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 1 + 2 (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 1 IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 1 IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 2 (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 2 IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES 2 IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES ZOSTER IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HERPES ZOSTER IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HIDATIDOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HTLV-I | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HTLV-I Y II | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HTLV-II | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HYSTOPLASMOSIS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HYSTOPLASMOSIS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI ANTIENDOMISIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI INFLUENZA A Y B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI INFLUEZA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI MICOPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI PARA LEISHMANIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI PARA SÍFILIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI PARA TOXOPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI PARA UREAPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFI PARA ANTICUERPOS ANTINUCLEARES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGE) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA EN LCR (TOTAL) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA IGD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LEISHMANIA SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LEPTOSPIROSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS TOTALES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LISTERIA MONOCYTOGENES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MALARIA (EIA) IGM - IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MIELOPEROXIDASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MONOTEST | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MORFOLOGIA CELULAR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MYCOPLASMA HOMINIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MYCOPLASMA IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MYCOPLASMA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MYCOPLASMA PNEUMONIAE (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| P - ANCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| P - ANCA Y C - ANCA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PARAINFLUENZA (EIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PARAMIXOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PAROTIDITIS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PAROTIDITIS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PARVOVIRUS B 19 (IGM - IGG) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR AGLUTINACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA HIV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR ULTRASENSIBLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PEPTIDO S | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PLASMODIUM SPP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROTEINA C REACTIVA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE ANTÍGENO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE CRIBADO DE HIV 4TA.GENERACIÓN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE HIPERSENSIBILIDAD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE ROSA DE BENGALA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA RÁPIDA DE HELYCOBACTER PYLORI | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| REACCION DE HUDDLESON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| REACCION DE SABIN FELDMAN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| REACCIÓN DE VIDAL Y WEIL FELIX | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| REACCION DE WAALHER - ROSE R.A | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RICKETTSIAS IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RICKETTSIAS IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ROTAVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RPR / VDRL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RUBEOLA (IGG & IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SARAMPION IGM - IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SEROLOGÍA PARA CAMPYLOBACTER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SÍFILIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SIFILIS (CMIA) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SIFILIS (IGG - IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| STREPTOZYME | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE AGLUTINACION DE HUDLENSON | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE AVIDEZ DE AC IGG ANTITOXOPLASMA GONDII | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE AVIDEZ DE AC IGG PARA CITOMEGALOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ISAGA IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST RAPIDO PARA HIV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TETANOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TOXOCARA CANIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TOXOPLASMOSIS (IGG & IGM) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TOXOPLASMOSIS EN LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TOXOPLASMOSIS IGA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TUBERCULOSIS EN LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| UREAPLASMA UREALYTICUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VARICELA ZOSTER IGG | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VARICELA ZOSTER IGM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VARICELA-ZOSTER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VDRL DE LCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) II | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 (HIV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VITAMINA A | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VITAMINA D | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VITAMINA D25-HIDROXI EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA DE NEUTRALIZACION (ACE2-RBD) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| C1 Q COMPLEMENTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COMPLEMENTO C2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TOXOPLASMA ISAGA IG "M" | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| QUANTIFERON TB GOLD PLUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MICROHEMATOCRITO PARA CHAGAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| **MICROBIOLOGIA** | |
| ACAROTEST | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ASPERGILLIUS FUMIGATUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BK DIRECTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BK SERIADO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BK1  BK2  BK3 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO CHLAMYDIA TRACHOMATI EN EXUDADO VAGINAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO CONJUNTIVAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE ENDOCERVIX | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE ESPUTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE EXUDADO DE HERIDA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE EXUDADO NASAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE EXUDADO URETRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE HONGOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE LÍQUIDOS ORGÁNICOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE LÖWENSTEIN-JENSEN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE SECRECIÓN ÓTICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE SECRECIONES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE SEMEN | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO PARA CAMPILOBACTERIAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CULTIVO DE ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DEMODEX FOLLICULORUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| EXAMEN DE GOTA EN FRESCO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| EXAMEN EN CAMPO OSCURO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| EXAMEN EN FRESCO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| EXAMEN PARASITOLOGICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HELYCOBACTER PILORI EN  MUCOSA ANTRO GÁSTRICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEMOCULTIVO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MICOLOGICO DIRECTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BILICULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PNEUMOCYSTIS CARINII | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE TZANCK | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE UREASA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TINCION GRAM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TINCION PARA CHLAMIDIAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TINTA CHINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TOXINA PARA CLOSTRIDIUM PERFRINGES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| VEROTOXINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| **PARASITOLOGIA Y ORINAS** | |
| AMEBAS EN FRESCO (DETERMINACIÓN) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| AMEBAS EN FRESCO SERIADO (DETERMINACIÓN) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| AZUCARES REDUCTORES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COPROPARASITOLÓGICO SERIADO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COPROPARASITOLÓGICO SERIADO DE 6 MUESTRAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COPROPARASITOLÓGICO SIMPLE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETECCION CUANTITATIVA DE GRASAS EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETERMINACION DE COCCIDIOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ESTEATOCRITO EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ESTUDIO COPROLOGICO 1ª MUESTRA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ESTUDIO COPROLÓGICO 2 MUESTRAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INTOLERANCIA A LA LACTOSA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INVESTIGACION DE CRYPTOSPORIDIUM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INVESTIGACIÓN DE STRONGYLOIDES STERCOLARIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MOCO FECAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PARASITOLÓGICO EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE EOSINOFILOS EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SANGRE OCULTA EN HECES | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SANGRE OCULTA EN HECES (SERIADO) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SUDAN III | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE FEHLING | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE GRAHAM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE GRAHAM SERIADO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BILIRRUBINAS EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CETONURIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CISTINURIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| EXAMEN GENERAL DE ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MORFOLOGIA GR EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RECUENTO DE ADDIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SEDIMENTO URINARIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| URIANÁLISIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| **BIOLOGIA MOLECULAR** | |
| ENFERMEDAD DE CHAGAS (PCR) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA ASPERGILLUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA BK | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA BORDETELLA PERTUSSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA CANDIDA ALBICANS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA CHLAMIDIA TRACHOMATIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA CISTICERCOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA CITOMEGALOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA DENGUE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA ECHOVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA ENTEROVIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA EPSTEIN BARR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA GONORREA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA H1N1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA HELYCOBACTER PYLORI | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA INFLUENZA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA LEISHMANIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA MYCOPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA NEISSERIA GONORREA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA PAROTIDITIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA TOXOPLASMA GONDII | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA TREPONEMA PALLIDUMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA UREAPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA VARICELA ZOSTER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA VIRUS CHIKUNGUNYA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA VIRUS HERPES (1-2) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA VIRUS ZIKA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETECCIÓN DEL RNA DEL VIRUS SARS COV2 POR RT-PCR (COVID-19) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA COXSACKIE VIRUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA ESCHERICHIA COLI | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RT PCR PARA INFLUENZA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| **FARMACOS Y TOXICOLOGIA** | |
| DETERMINACIÓN DE CIANURO EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETERMINACIÓN DE PLOMO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FENCICLIDINA PCP | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ACETAMINOFENO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ACIDO VALPROICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ALCOHOL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ALCOHOL EN SANGRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| AMITRIPTILINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANFETAMINAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ARSENICO EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ARSENIO EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BARBITURICOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| BENZODIACEPINAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CARBAMAZEPINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CICLOSPORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COCAINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| COTININA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DIAZEPAN EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DIFENILHIDANTOINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DOPAMINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FENITOINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| FENOBARBITAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MARIHUANA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| METANFETAMINA EN ORINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MORFINA EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| NICOTINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| OPIÁCEOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PREGABALINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| Litio | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |

**ANEXO 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRUEBAS GENERALES DENTRO DE CONTRATO FUERA DEL MONTO FIJO** | |
| **ESTUDIO** | **OBSERVACIONES** |
| 17 - HIDROXIPROGESTERONA POST ACTH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CURVA DE CORTISOL POST ACTH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CURVA DE HORMONA DE CRECIMIENTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CURVA DE INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CURVA DE CORTISOL POST ACTH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CURVA DE HORMONA DE CRECIMIENTO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GH POST INSULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GH SUP. POST GLUCOSA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GLOBULINA LIGADORA DE HORMONAS SHBG-GLAE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA DE CRECIMIENTO POS ESTIMULO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA DE CRECIMIENTO POST CLONIDINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO DE ESTRADIOL CON LH-RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO DE FSH CON LH-RH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO DE FSH CON LH-RH 100 UG IV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO DE LH CON LH-RH 100 UG IV | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO DE LH CON LH-RH HORAS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO DE TESTOSTERONA CON LH-RH 24HRS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO DE TSH CON TRH (200 UG IV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE ESTIMULO LH RH DE PROLACTINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CARIOTIPO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CÉLULAS CD16 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| GASTRO-LIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS B (CD-19) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS B CD20 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS CD-22 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS CD4 - CD8 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS T | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS T CITOTOXICOS / SUPRESORES (CD-8) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS T HELPER | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS T MADUROS (CD-3) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LINFOCITOS T Y B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| LIVER-LIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PRUEBA CONFIRMATORIA DE HIV - WESTERN BLOT | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PANEL DE BACTERIAS GASTROINTESTINAL POR PCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PANEL SEXUAL PCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR MULTIPLEX PANEL DETECCION BAC.GASTROINTEST. | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PANEL RESPIRATORIO PCR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PHADIATOP / PHADIATOP PEDIATRICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| RAST INMUNOLÓGICO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HLA DQ2-DQ8 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| MICOPLASMA Y UREAPLASMA GENITAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CADENAS LIGERAS KAPPA Y LAMBDA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| CHLAMYDIA (INFECCION ACTIVA ANTIGENO) IFD | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TEST DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSIS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIMIELINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| WESTERN BLOT TORCH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| IFB MYCOPLASMA UREAPLASMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DIHIDROTESTOSTERONA CON ESTIMULO HGC | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ESTRIOL LIBRE EN SUERO | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA DE CRECIMIENTO CON HIPOGLICEMIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA LIBERADORA DE CORTICOTROPINA (CRF) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HORMONA DE CRECIMIENTO POST GRF | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| NORADRENALINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| NOREPINEFRINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROLACTINA CON TRH | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROTEINA A ASOCIADA AL EMBARAZO (PAPP - A) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANA - LIA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE ACETÍLCOLINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTICUERPOS ANTI-PEPTIDO CÍCLICO DE LA CITRULINA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ANTI-LKM 1 (LIVER-KINDNEY-MICROSOMAL) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DETERMINACION DE HORMONA ANTIMULLERIANA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ELASTASA-1 PANCREATICA FECAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 1 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 2 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 3 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 4 | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA HEPATITIS B | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA HEPATITIS C | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PROTEINOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| TACROLIMUS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS B CARGA VIRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HEPATITIS C CARGA VIRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR EN TIEMPO REAL CARGA VIRAL EPSTEIN BARR | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| HIV CARGA VIRAL | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| PCR PARA PAPILOMA VIRUS (HPV) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DEGRANULACION DE BASOFILOS | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ALDOSTERONA AM/PM | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ß-GONADOTROFINA CORIONICA LIBRE | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| SCREENING DE FIBROSIS QUISTICA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| ESPERMATOGRAMA | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |
| DEHIDROXIVITAMINA (D3) | NOMBRAR LA TECNICA A UTILIZAR |

**FORMULARIO Nº 4**

**DETALLE DE LA EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECÍFICA**

**\* EXPERIENCIA GENERAL:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **FECHA** | **NOMBRE DEL CLIENTE** | **SERVICIO PRESTADO** | **DOCUMENTO QUE RESPALDA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

**\* EXPERIENCIA ESPECIFICA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **FECHA** | **NOMBRE DEL CLIENTE** | **SERVICIO PRESTADO** | **DOCUMENTO QUE RESPALDA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 5**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**MONTO FIJO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE** | **CANTIDAD MESES** | **PRECIO UNITARIO MENSUAL** | **TOTAL BS.** |
| 1 | SERVICIO DE LABORATORIO MENSUAL |  |  |  |
|  | **TOTAL BS.-** | |  |  |

COSTOS UNITARIOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **ESTUDIO** | **PRECIO UNITARIO** |
|  | **PRUEBAS HEMATOLOGICAS** | |
| 1 | ACIDO FÓLICO |  |
| 2 | AGREGACIÓN PLAQUETARIA |  |
| 3 | ANTICUERPOS  ANTI-RH |  |
| 4 | ANTICUERPOS ANTI-RH (D) |  |
| 5 | BETACAROTENO |  |
| 6 | COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA |  |
| 7 | ERITROPOYETINA |  |
| 8 | FERRITINA |  |
| 9 | FOLATO ERITROCITARIO |  |
| 10 | FÓRMULA DIFERENCIAL |  |
| 11 | FRAGILIDAD CAPILAR |  |
| 12 | FRAGILIDAD OSMOTICA |  |
| 13 | FRAGILIDAD GLOBULAR |  |
| 14 | GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH |  |
| 15 | HAPTOGLOBINA SÉRICA |  |
| 16 | HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO |  |
| 17 | HEMOGRAMA COMPLETO |  |
| 18 | HIERRO SÉRICO Y TBIC |  |
| 19 | INVESTIGACION DE PLASMODIUM |  |
| 20 | LEUCOGRAMA |  |
| 21 | LISIS DE EUGLOBULINA |  |
| 22 | MORFOLOGÍA ERITROCITARIA |  |
| 23 | PLASMA RICO EN PLAQUETAS |  |
| 24 | PRUEBA DE REACCIÓN CRUZADA |  |
| 25 | PRUEBA DE SOLUBILIDAD DE CÈLULAS FALCIFORMES |  |
| 26 | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN ESPUTO |  |
| 27 | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL |  |
| 28 | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN ORINA |  |
| 29 | RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN SECRECIÓN FARÍNGEA |  |
| 30 | RECUENTO DE PLAQUETAS |  |
| 31 | RECUENTO DE RETICULOCITOS |  |
| 32 | TEST DE COOMBS (DIRECTO) |  |
| 33 | TEST DE COOMBS (INDIRECTO) |  |
| 34 | TEST DE HAM |  |
| 35 | VITAMINA B12 |  |
| 36 | VITAMINA B6 |  |
| 37 | ANTICOAGULANTE LÚPICO |  |
| 38 | ANTITROMBINA III |  |
| 39 | DÍMERO "D" |  |
| 40 | FACTOR DE VON WILLEBRAND |  |
| 41 | FACTOR V DE LEIDEN |  |
| 42 | FIBRINÓGENO PLASMÁTICO |  |
| 43 | PLASMINÓGENO |  |
| 44 | PRODUCTO DE DEGRADACION DE LA FIBRINA |  |
| 45 | PROTEINA C |  |
| 46 | PROTEINA S |  |
| 47 | RETRACCIÓN DEL COÁGULO |  |
| 48 | TIEMPO DE COAGULACIÓN |  |
| 49 | TIEMPO DE PROTROMBINA E INR |  |
| 50 | TIEMPO DE SANGRÍA |  |
| 51 | TIEMPO DE SANGRÍA Y COAGULACIÓN |  |
| 52 | TIEMPO DE TROMBINA |  |
| 53 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTPA) |  |
| 54 | TIEMPO DE COAGULACION ACTIVADA (CELITE) |  |
| 55 | MIOGLOBINA |  |
|  | **BIOQUÍMICOS** | |
| 56 | 17 - CETOSTEROIDES FRACCIONADOS |  |
| 57 | 17 - CETOSTEROIDES URINARIOS |  |
| 58 | 17 - HIDROXICETOSTEROIDES |  |
| 59 | 17 - HIDROXIPREGNENOLONA |  |
| 60 | 17 - HIDROXIPROGESTERONA |  |
| 61 | 17 - OH CORTICOSTEROIDE |  |
| 62 | ADRENALINA |  |
| 63 | ALDOSTERONA |  |
| 64 | ALFA-FETOPROTEINA (AFP) |  |
| 65 | ANDROSTENEDIONA |  |
| 66 | ANTI TIROGLOBULINA (ANTI - TG) |  |
| 67 | ANTICUERPOS ANTI INSULINA |  |
| 68 | ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES (ANTI-TPO) |  |
| 69 | ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS |  |
| 70 | ANTI-R-TSH |  |
| 71 | BETA-2 MICROGLOBULINA |  |
| 72 | CALCITONINA |  |
| 73 | CORTISOL AM |  |
| 74 | CORTISOL PM |  |
| 75 | CORTISOL AM/PM |  |
| 76 | CORTISOL LIBRE EN ORINA |  |
| 77 | DEHIDREPIANDROSTENEDIONA (DHEA) |  |
| 78 | DHEA-SULFATLO (DHEA-S) |  |
| 79 | DIGOXINA |  |
| 80 | DIHIDROTESTOSTERONA |  |
| 81 | EPINEFRINA |  |
| 82 | ESTRADIOL |  |
| 83 | ESTRIOL EN ORINA |  |
| 84 | FSH |  |
| 85 | GALACTOSEMIA TOTAL |  |
| 86 | GLUCAGON |  |
| 87 | HCG EN ORINA DE 24HRS. |  |
| 88 | HIDROXIPROLINA |  |
| 89 | HIDROXIPROLINA ORINA 24H. |  |
| 90 | HORMONA ADRENOCORTICOTROPINA (ACTH) |  |
| 91 | HORMONA ANTIDIURÉTICA (ADH) |  |
| 92 | HORMONA DE CRECIMIENTO GH |  |
| 93 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST EJERCICIO |  |
| 94 | HORMONA IGF-1 |  |
| 95 | HORMONA LUTEINIZANTE (LH) |  |
| 96 | HORMONA PARATIROIDEA (PTH) INTACTA |  |
| 97 | HORMONA TIRO ESTIMULANTE (TSH) |  |
| 98 | INDICE DE RESISTENCIA A INSULINA HOMA |  |
| 99 | INMUNOGLOBULINA IGE |  |
| 100 | INSULINA |  |
| 101 | INSULINA CURVA DE TOLERANCIA |  |
| 102 | INSULINA POST PRANDIAL |  |
| 103 | PEPTIDO C |  |
| 104 | PREGNOSTICON |  |
| 105 | PROGESTERONA |  |
| 106 | PROLACTINA |  |
| 107 | PROTEINA-3 DE TRANSPORTE DE IGF-1 EN SUERO |  |
| 108 | PRUEBA DE EMBARAZO |  |
| 109 | PRUEBA DE FENILCETONURIA |  |
| 110 | RENINA |  |
| 111 | SECRETINA |  |
| 112 | SEROTONINA |  |
| 113 | ß-HCG |  |
| 114 | TESTOSTERONA |  |
| 115 | TESTOSTERONA BIODISPONIBLE |  |
| 116 | TESTOSTERONA CON ESTIMULO DE HGC |  |
| 117 | TESTOSTERONA LIBRE |  |
| 118 | TIROGLOBULINA |  |
| 119 | TIROXINA (T4) |  |
| 120 | TIROXINA LIBRE (T4L) |  |
| 121 | TRIIODOTIRONINA (T3) |  |
| 122 | TRIIODOTIRONINA LIBRE (T3L) |  |
| 123 | TSH ULTRASENSIBLE |  |
| 124 | VASOPRESINA (ADH) |  |
| 125 | ANTÍGENO CARBOHIDRATADO 19-9  (CA 19-9) |  |
| 126 | ANTIGENO CARBOHIDRATADO CA 54-9 |  |
| 127 | ANTÍGENO CARBOHIDRATO (CA 153) |  |
| 128 | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 125 (CA 125) |  |
| 129 | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 27-9 |  |
| 130 | ANTIGENO CARBOHIDRATO 50 (CA - 50) |  |
| 131 | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 72-4 (CA 72-4) |  |
| 132 | ANTÍGENO CARCINO EMBRIONARIO (CEA) |  |
| 133 | ANTÍGENO TUMORAL VEJIGA |  |
| 134 | CA - 12.2 |  |
| 135 | CA 242 |  |
| 136 | CA 27-29 |  |
| 137 | CROMOGRANINA A |  |
| 138 | CYFRA 21.1 |  |
| 139 | PSA LIBRE |  |
| 140 | PSA TOTAL |  |
| 141 | C1 INHIBIDOR DE LA ESTEREASA |  |
| 142 | LCR ADA |  |
| 143 | ELECTROLITOS EN SUDOR |  |
| 144 | PROTEINA BENCE-JONES |  |
|  | **INMUNOLOGIA** | |
| 145 | ADENOVIRUS |  |
| 146 | AMEBAS (EIA) |  |
| 147 | ANTI - CITOSOL HEPATICO (LC1) |  |
| 148 | ANTI  LEISHMANIA SPP |  |
| 149 | ANTI - MITOCONDRIALES (AMA) |  |
| 150 | ANTI - PPD (EIA) |  |
| 151 | ANTI - SM |  |
| 152 | ANTI  STAPHYLOCOCCUS |  |
| 153 | ANTI  TPHA |  |
| 154 | ANTI DNA (DS) |  |
| 155 | ANTI GLIADINA (IGA) |  |
| 156 | ANTI HIALURONIDASA |  |
| 157 | ANTI HISTONAS |  |
| 158 | ANTI JO-1 |  |
| 159 | ANTI MIELINA |  |
| 160 | ANTI MUSCULO LISO AMA L |  |
| 161 | ANTI NEUMOCOCO |  |
| 162 | ANTI PPD (IGG) |  |
| 163 | ANTI PPD IGM |  |
| 164 | ANTI RNP/SM |  |
| 165 | ANTI SCL-70 |  |
| 166 | ANTI ß2 GLICOPROTEINA IGA |  |
| 167 | ANTI ß2 GLICOPROTEINA IGG IGM |  |
| 168 | ANTI SS-A (RO) |  |
| 169 | ANTI SS-B (LA) |  |
| 170 | ANTI STREPTOCOCCUS DE GRUPO "A" |  |
| 171 | ANTI STREPTOCOCCUS DE GRUPO "B" |  |
| 172 | ANTI.DNA (SS) |  |
| 173 | ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGA |  |
| 174 | ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGG |  |
| 175 | ANTI.TRANSGLUTAMINASAS IGM |  |
| 176 | ANTICUERPO ANTI LEGIONELLA |  |
| 177 | ANTICUERPO ANTI UI-RNP |  |
| 178 | ANTICUERPO ANTIRECEPTOR DE ACETILCOLINA |  |
| 179 | ANTICUERPOS ANTI ASPERGILOSIS |  |
| 180 | ANTICUERPOS ANTI BLASTOMICOSIS |  |
| 181 | ANTICUERPOS ANTI BORRELIA SPP |  |
| 182 | ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGG |  |
| 183 | ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGM |  |
| 184 | ANTICUERPOS ANTI ERITROIDE |  |
| 185 | ANTICUERPOS ANTI GAD |  |
| 186 | ANTICUERPOS ANTI PAROTIDITIS IGM IGG |  |
| 187 | ANTICUERPOS ANTICENTROMERO |  |
| 188 | ANTICUERPOS ANTIESPERMATOZOIDES |  |
| 189 | ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS |  |
| 190 | ANTICUERPOS ANTI-GLIADINA DEAMINADA |  |
| 191 | ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR |  |
| 192 | ANTICUERPOS ANTI-NUCLEARES (ANA, CELULAS HEP-2 |  |
| 193 | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS IGG |  |
| 194 | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS IGM |  |
| 195 | ANTICUERPOS ANTI-RP3 |  |
| 196 | ANTICUERPOS ANTITOPOISOMERASA |  |
| 197 | ANTICUERPOS COCCIDIOMICOSIS |  |
| 198 | ANTICUERPOS IGG ANTI-GLIADINA DEAMINADA |  |
| 199 | ANTICUERPOS TOTALES CONTRA DICHLAMYDIA (SUERO) IGM - IGGFTERIA |  |
| 200 | ANTIESTREPTOLICINA "O" (ASTO) |  |
| 201 | ANTIGENEMIA PARA CITOMEGALOVIRUS |  |
| 202 | ANTIGENO HELYCOBACTER PYLORI. |  |
| 203 | ANTIGLIADINA IGG |  |
| 204 | ANTIGLIADINA IGM |  |
| 205 | ASCA |  |
| 206 | BORDETELLA PERTUSSIS |  |
| 207 | BRUCELLA (AC. TOTALES) |  |
| 208 | BRUCELLA IGG |  |
| 209 | BRUCELLA IGM |  |
| 210 | C - ANCA |  |
| 211 | CÁLCULO RENAL |  |
| 212 | CÁLCULO VESICAL |  |
| 213 | CALPROTEINA FECAL |  |
| 214 | CANDIDA SPP AG.IGG |  |
| 215 | CANDIDA SPP AG.IGM |  |
| 216 | CARDIOLIPINA IGA |  |
| 217 | CARDIOLIPINA IGG |  |
| 218 | CARDIOLIPINAS IGM |  |
| 219 | CARDIOLIPINAS IGM & IGG |  |
| 220 | CÉLULAS LE |  |
| 221 | CHIKUNGUNYA (IGG - IGM) |  |
| 222 | CHLAMIDIA EN SECRECION URETRAL |  |
| 223 | CHLAMIDIA IGG |  |
| 224 | CHLAMIDIA IGM |  |
| 225 | CHLAMIDIA POR  INMUNOFLUORESCENCIA |  |
| 226 | CHLAMYDIA (LIQUIDO SEMINAL) |  |
| 227 | CHLAMYDIA (SUERO) IGG |  |
| 228 | CHLAMYDIA (SUERO) IGM - IGG |  |
| 229 | CHLAMYDIA EN SECRECIÓN VAGINAL |  |
| 230 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE |  |
| 231 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGA) |  |
| 232 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGM) |  |
| 233 | CISTICERCOCIS EN LCR |  |
| 234 | CISTICERCOSIS |  |
| 235 | CITOMEGALOVIRUS (IGM - IGG) |  |
| 236 | CITOMEGALOVIRUS EN ORINA |  |
| 237 | CITOMEGALOVIRUS IGG |  |
| 238 | CITOMEGALOVIRUS IGM |  |
| 239 | CITOQUIMICO |  |
| 240 | COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES |  |
| 241 | COMPLEMENTO C3 EN SUERO |  |
| 242 | COMPLEMENTO C4 EN SUERO |  |
| 243 | COMPLEMENTO CH50 EN SUERO |  |
| 244 | COMPLEMENTO HEMOLITICO TOTAL (CH50) |  |
| 245 | COPRORFIRINAS |  |
| 246 | CORONAVIRUS (COVID-19) EIA |  |
| 247 | COXSACKIE VIRUS |  |
| 248 | CRIOAGLUTININAS |  |
| 249 | CRIOGLOBULINA |  |
| 250 | CRIPTOCOCOSIS |  |
| 251 | DENGUE (EIA) |  |
| 252 | DENGUE PRUEBA RÁPIDA |  |
| 253 | DETECCIÓN DEL VIRUS DEL ZIKA |  |
| 254 | DETERMINACIO DE RIKETTSIA |  |
| 255 | DETERMINACIÓN DE COVID-19 POR QUIMIOLUMINISCENCIA |  |
| 256 | DETERMINACION DE INMUNOFLUORECENCIA TIPO A(H1N1) |  |
| 257 | DETERMINACION DE NEISSERIA GONORRHOEAE |  |
| 258 | ENFERMEDAD DE CHAGAS (EIA) |  |
| 259 | ENFERMEDAD DE CHAGAS (HAI) |  |
| 260 | ENFERMEDAD DE CHAGAS (IFI) |  |
| 261 | ENTEROVIRUS |  |
| 262 | EPSTEIN BARR ( IGM - IGG ) |  |
| 263 | FACTOR REUMATOIDEO (RA LATEX) |  |
| 264 | FAGOCITOSIS |  |
| 265 | FTA-ABS SIFILIS |  |
| 266 | GIARDIA LAMBLIA (EIA) |  |
| 267 | HELYCOBACTER PYLORI EN HECES |  |
| 268 | HELYCOBACTER PYLORI EN SUERO (IGM & IGG) |  |
| 269 | HELYCOBACTER PYLORI IGA |  |
| 270 | HEPATITIS  D (DELTA-AG.) |  |
| 271 | HEPATITIS A (HAVAB) IGG & IGM |  |
| 272 | HEPATITIS B CORE (ANTI - HBC) |  |
| 273 | HEPATITIS B CORE (IGM E IGG) |  |
| 274 | HEPATITIS B ENVOLTURA (AG E VHB) |  |
| 275 | HEPATITIS B ENVOLTURA, ANTICUERPOS |  |
| 276 | HEPATITIS B SUPERFICIE ( AC.S.VHB) |  |
| 277 | HEPATITIS B SUPERFICIE (AG. S.VHB) |  |
| 278 | HEPATITIS B SUPERFICIE (IGM - IGG) |  |
| 279 | HEPATITIS C (ANTICUERPOS VHC IGG - IGM) |  |
| 280 | HEPATITIS C IGG |  |
| 281 | HEPATITIS C IGM |  |
| 282 | HEPATITIS E |  |
| 283 | HERPES 1 (IGG - IGM) |  |
| 284 | HERPES 1 + 2  (IFI) |  |
| 285 | HERPES 1 + 2 (IGG - IGM) |  |
| 286 | HERPES 1 IGG |  |
| 287 | HERPES 1 IGM |  |
| 288 | HERPES 2 (IGG - IGM) |  |
| 289 | HERPES 2 IGG |  |
| 290 | HERPES 2 IGM |  |
| 291 | HERPES ZOSTER IGG |  |
| 292 | HERPES ZOSTER IGM |  |
| 293 | HIDATIDOSIS |  |
| 294 | HTLV-I |  |
| 295 | HTLV-I Y II |  |
| 296 | HTLV-II |  |
| 297 | HYSTOPLASMOSIS IGG |  |
| 298 | HYSTOPLASMOSIS IGM |  |
| 299 | IFI ANTIENDOMISIO |  |
| 300 | IFI INFLUENZA A Y B |  |
| 301 | IFI INFLUEZA |  |
| 302 | IFI MICOPLASMA |  |
| 303 | IFI PARA LEISHMANIA |  |
| 304 | IFI PARA SÍFILIS |  |
| 305 | IFI PARA TOXOPLASMA |  |
| 306 | IFI PARA UREAPLASMA |  |
| 307 | IFI PARA ANTICUERPOS ANTINUCLEARES |  |
| 308 | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGA) |  |
| 309 | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGE) |  |
| 310 | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGG) |  |
| 311 | INMUNOGLOBULINA EN LCR (IGM) |  |
| 312 | INMUNOGLOBULINA EN LCR (TOTAL) |  |
| 313 | INMUNOGLOBULINA IGA |  |
| 314 | INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORIA |  |
| 315 | INMUNOGLOBULINA IGD |  |
| 316 | INMUNOGLOBULINA IGG |  |
| 317 | INMUNOGLOBULINA IGM |  |
| 318 | LEISHMANIA SPP |  |
| 319 | LEPTOSPIROSIS |  |
| 320 | LINFOCITOS TOTALES |  |
| 321 | LISTERIA MONOCYTOGENES |  |
| 322 | MALARIA (EIA) IGM - IGG |  |
| 323 | MIELOPEROXIDASA |  |
| 324 | MONOTEST |  |
| 325 | MORFOLOGIA CELULAR |  |
| 326 | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS |  |
| 327 | MYCOPLASMA HOMINIS |  |
| 328 | MYCOPLASMA IGG |  |
| 329 | MYCOPLASMA IGM |  |
| 330 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE (IGM - IGG) |  |
| 331 | P - ANCA |  |
| 332 | P - ANCA Y C - ANCA |  |
| 333 | PARAINFLUENZA (EIA) |  |
| 334 | PARAMIXOVIRUS |  |
| 335 | PAROTIDITIS IGG |  |
| 336 | PAROTIDITIS IGM |  |
| 337 | PARVOVIRUS B 19 (IGM - IGG) |  |
| 338 | PCR AGLUTINACIÓN |  |
| 339 | PCR PARA HIV |  |
| 340 | PCR ULTRASENSIBLE |  |
| 341 | PEPTIDO S |  |
| 342 | PLASMODIUM SPP |  |
| 343 | PROTEINA C REACTIVA |  |
| 344 | PRUEBA DE ANTÍGENO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) |  |
| 345 | PRUEBA DE CRIBADO DE HIV 4TA.GENERACIÓN |  |
| 346 | PRUEBA DE HIPERSENSIBILIDAD |  |
| 347 | PRUEBA DE ROSA DE BENGALA |  |
| 348 | PRUEBA RÁPIDA DE HELYCOBACTER PYLORI |  |
| 349 | PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19 |  |
| 350 | REACCION DE HUDDLESON |  |
| 351 | REACCION DE SABIN FELDMAN |  |
| 352 | REACCIÓN DE VIDAL Y WEIL FELIX |  |
| 353 | REACCION DE WAALHER - ROSE R.A |  |
| 354 | RICKETTSIAS IGG |  |
| 355 | RICKETTSIAS IGM |  |
| 356 | ROTAVIRUS |  |
| 357 | RPR / VDRL |  |
| 358 | RUBEOLA (IGG & IGM) |  |
| 359 | SARAMPION IGM - IGG |  |
| 360 | SEROLOGÍA PARA CAMPYLOBACTER |  |
| 361 | SÍFILIS |  |
| 362 | SIFILIS (CMIA) |  |
| 363 | SIFILIS (IGG - IGM) |  |
| 364 | STREPTOZYME |  |
| 365 | TEST DE AGLUTINACION DE HUDLENSON |  |
| 366 | TEST DE AVIDEZ DE AC IGG ANTITOXOPLASMA GONDII |  |
| 367 | TEST DE AVIDEZ DE AC IGG PARA CITOMEGALOVIRUS |  |
| 368 | TEST DE ISAGA IGM |  |
| 369 | TEST RAPIDO PARA HIV |  |
| 370 | TETANOS |  |
| 371 | TOXOCARA CANIS |  |
| 372 | TOXOPLASMOSIS (IGG & IGM) |  |
| 373 | TOXOPLASMOSIS EN LCR |  |
| 374 | TOXOPLASMOSIS IGA |  |
| 375 | TUBERCULOSIS EN LCR |  |
| 376 | UREAPLASMA UREALYTICUM |  |
| 377 | VARICELA ZOSTER IGG |  |
| 378 | VARICELA ZOSTER IGM |  |
| 379 | VARICELA-ZOSTER |  |
| 380 | VDRL DE LCR |  |
| 381 | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) |  |
| 382 | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) II |  |
| 383 | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 (HIV) |  |
| 384 | VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO |  |
| 385 | VITAMINA A |  |
| 386 | VITAMINA D |  |
| 387 | VITAMINA D25-HIDROXI EN SUERO |  |
| 388 | PRUEBA DE NEUTRALIZACION (ACE2-RBD) |  |
| 389 | C1 Q COMPLEMENTO |  |
| 390 | COMPLEMENTO C2 |  |
| 391 | TOXOPLASMA ISAGA IG "M" |  |
| 392 | QUANTIFERON TB GOLD PLUS |  |
| 393 | MICROHEMATOCRITO PARA CHAGAS |  |
|  | **MICROBIOLOGIA** | |
| 394 | ACAROTEST |  |
| 395 | ASPERGILLIUS FUMIGATUS |  |
| 396 | BK DIRECTO |  |
| 397 | BK SERIADO |  |
| 398 | BK1  BK2  BK3 |  |
| 399 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA HECES |  |
| 400 | CULTIVO CHLAMYDIA TRACHOMATI EN EXUDADO VAGINAL |  |
| 401 | CULTIVO CONJUNTIVAL |  |
| 402 | CULTIVO DE ENDOCERVIX |  |
| 403 | CULTIVO DE ESPUTO |  |
| 404 | CULTIVO DE EXUDADO DE HERIDA |  |
| 405 | CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO |  |
| 406 | CULTIVO DE EXUDADO NASAL |  |
| 407 | CULTIVO DE EXUDADO URETRAL |  |
| 408 | CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL |  |
| 409 | CULTIVO DE HECES |  |
| 410 | CULTIVO DE HONGOS |  |
| 411 | CULTIVO DE LÍQUIDOS ORGÁNICOS |  |
| 412 | CULTIVO DE LÖWENSTEIN-JENSEN |  |
| 413 | CULTIVO DE SECRECIÓN ÓTICA |  |
| 414 | CULTIVO DE SECRECIONES |  |
| 415 | CULTIVO DE SEMEN |  |
| 416 | CULTIVO PARA CAMPILOBACTERIAS |  |
| 417 | CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE ORINA |  |
| 418 | CULTIVO DE ORINA |  |
| 419 | DEMODEX FOLLICULORUM |  |
| 420 | EXAMEN DE GOTA EN FRESCO |  |
| 421 | EXAMEN EN CAMPO OSCURO |  |
| 422 | EXAMEN EN FRESCO |  |
| 423 | EXAMEN PARASITOLOGICO |  |
| 424 | HELYCOBACTER PILORI EN  MUCOSA ANTRO GÁSTRICA |  |
| 425 | HEMOCULTIVO |  |
| 426 | MICOLOGICO DIRECTO |  |
| 427 | BILICULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |  |
| 428 | PNEUMOCYSTIS CARINII |  |
| 429 | TEST DE TZANCK |  |
| 430 | TEST DE UREASA |  |
| 431 | TINCION GRAM |  |
| 432 | TINCION PARA CHLAMIDIAS |  |
| 433 | TINTA CHINA |  |
| 434 | TOXINA PARA CLOSTRIDIUM PERFRINGES |  |
| 435 | VEROTOXINA |  |
|  | **PARASITOLOGIA Y ORINAS** | |
| 436 | AMEBAS EN FRESCO (DETERMINACIÓN) |  |
| 437 | AMEBAS EN FRESCO SERIADO (DETERMINACIÓN) |  |
| 438 | AZUCARES REDUCTORES |  |
| 439 | COPROPARASITOLÓGICO SERIADO |  |
| 440 | COPROPARASITOLÓGICO SERIADO DE 6 MUESTRAS |  |
| 441 | COPROPARASITOLÓGICO SIMPLE |  |
| 442 | DETECCION CUANTITATIVA DE GRASAS EN HECES |  |
| 443 | DETERMINACION DE COCCIDIOS |  |
| 444 | ESTEATOCRITO EN HECES |  |
| 445 | ESTUDIO COPROLOGICO 1ª MUESTRA |  |
| 446 | ESTUDIO COPROLÓGICO 2 MUESTRAS |  |
| 447 | INTOLERANCIA A LA LACTOSA |  |
| 448 | INVESTIGACION DE CRYPTOSPORIDIUM |  |
| 449 | INVESTIGACIÓN DE STRONGYLOIDES STERCOLARIS |  |
| 450 | MOCO FECAL |  |
| 451 | PARASITOLÓGICO EN HECES |  |
| 452 | RECUENTO DE EOSINOFILOS EN HECES |  |
| 453 | SANGRE OCULTA EN HECES |  |
| 454 | SANGRE OCULTA EN HECES (SERIADO) |  |
| 455 | SUDAN III |  |
| 456 | TEST DE FEHLING |  |
| 457 | TEST DE GRAHAM |  |
| 458 | TEST DE GRAHAM SERIADO |  |
| 459 | BILIRRUBINAS EN ORINA |  |
| 460 | CETONURIA |  |
| 461 | CISTINURIA |  |
| 462 | EXAMEN GENERAL DE ORINA |  |
| 463 | MORFOLOGIA GR EN ORINA |  |
| 464 | RECUENTO DE ADDIS |  |
| 465 | SEDIMENTO URINARIO |  |
| 466 | URIANÁLISIS |  |
|  | **BIOLOGIA MOLECULAR** | |
| 467 | ENFERMEDAD DE CHAGAS (PCR) |  |
| 468 | PCR PARA ASPERGILLUS |  |
| 469 | PCR PARA BK |  |
| 470 | PCR PARA BORDETELLA PERTUSSIS |  |
| 471 | PCR PARA CANDIDA ALBICANS |  |
| 472 | PCR PARA CHLAMIDIA TRACHOMATIS |  |
| 473 | PCR PARA CISTICERCOSIS |  |
| 474 | PCR PARA CITOMEGALOVIRUS |  |
| 475 | PCR PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE |  |
| 476 | PCR PARA DENGUE |  |
| 477 | PCR PARA ECHOVIRUS |  |
| 478 | PCR PARA ENTEROVIRUS |  |
| 479 | PCR PARA EPSTEIN BARR |  |
| 480 | PCR PARA GONORREA |  |
| 481 | PCR PARA H1N1 |  |
| 482 | PCR PARA HELYCOBACTER PYLORI |  |
| 483 | PCR PARA INFLUENZA |  |
| 484 | PCR PARA LEISHMANIA |  |
| 485 | PCR PARA MYCOPLASMA |  |
| 486 | PCR PARA NEISSERIA GONORREA |  |
| 487 | PCR PARA PAROTIDITIS |  |
| 488 | PCR PARA TOXOPLASMA GONDII |  |
| 489 | PCR PARA TREPONEMA PALLIDUMA |  |
| 490 | PCR PARA UREAPLASMA |  |
| 491 | PCR PARA VARICELA ZOSTER |  |
| 492 | PCR PARA VIRUS CHIKUNGUNYA |  |
| 493 | PCR PARA VIRUS HERPES (1-2) |  |
| 494 | PCR PARA VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO |  |
| 495 | PCR PARA VIRUS ZIKA |  |
| 496 | DETECCIÓN DEL RNA DEL VIRUS SARS COV2 POR RT-PCR (COVID-19) |  |
| 497 | PCR PARA COXSACKIE VIRUS |  |
| 498 | PCR PARA ESCHERICHIA COLI |  |
| 499 | RT PCR PARA INFLUENZA |  |
|  | **FARMACOS Y TOXICOLOGIA** | |
| 500 | DETERMINACIÓN DE CIANURO EN ORINA |  |
| 501 | DETERMINACIÓN DE PLOMO |  |
| 502 | FENCICLIDINA PCP |  |
| 503 | ACETAMINOFENO |  |
| 504 | ACIDO VALPROICO |  |
| 505 | ALCOHOL |  |
| 506 | ALCOHOL EN SANGRE |  |
| 507 | AMITRIPTILINA |  |
| 508 | ANFETAMINAS |  |
| 509 | ARSENICO EN ORINA |  |
| 510 | ARSENIO EN SUERO |  |
| 511 | BARBITURICOS |  |
| 512 | BENZODIACEPINAS |  |
| 513 | CARBAMAZEPINA |  |
| 514 | CICLOSPORINA |  |
| 515 | COCAINA |  |
| 516 | COTININA |  |
| 517 | DIAZEPAN EN ORINA |  |
| 518 | DIFENILHIDANTOINA |  |
| 519 | DOPAMINA |  |
| 520 | FENITOINA |  |
| 521 | FENOBARBITAL |  |
| 522 | MARIHUANA |  |
| 523 | METANFETAMINA EN ORINA |  |
| 524 | MORFINA EN SUERO |  |
| 525 | NICOTINA |  |
| 526 | OPIÁCEOS |  |
| 527 | PREGABALINA |  |
| 528 | Litio |  |

**MONTO VARIABLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRUEBAS GENERALES DENTRO DE CONTRATO FUERA DEL MONTO FIJO** | | |
| **Nro.** | **ESTUDIO** | **PRECIO UNITARIO** |
| 1 | 17 - HIDROXIPROGESTERONA POST ACTH |  |
| 2 | CURVA DE CORTISOL POST ACTH |  |
| 3 | CURVA DE HORMONA DE CRECIMIENTO |  |
| 4 | CURVA DE INSULINA |  |
| 5 | CURVA DE CORTISOL POST ACTH |  |
| 6 | CURVA DE HORMONA DE CRECIMIENTO |  |
| 7 | GH POST INSULINA |  |
| 8 | GH SUP. POST GLUCOSA |  |
| 9 | GLOBULINA LIGADORA DE HORMONAS SHBG-GLAE |  |
| 10 | HORMONA DE CRECIMIENTO POS ESTIMULO |  |
| 11 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST CLONIDINA |  |
| 12 | TEST DE ESTIMULO DE ESTRADIOL CON LH-RH |  |
| 13 | TEST DE ESTIMULO DE FSH CON LH-RH |  |
| 14 | TEST DE ESTIMULO DE FSH CON LH-RH 100 UG IV |  |
| 15 | TEST DE ESTIMULO DE LH CON LH-RH 100 UG IV |  |
| 16 | TEST DE ESTIMULO DE LH CON LH-RH HORAS |  |
| 17 | TEST DE ESTIMULO DE TESTOSTERONA CON LH-RH 24HRS |  |
| 18 | TEST DE ESTIMULO DE TSH CON TRH (200 UG IV) |  |
| 19 | TEST DE ESTIMULO LH RH DE PROLACTINA |  |
| 20 | CARIOTIPO |  |
| 21 | CÉLULAS CD16 |  |
| 22 | GASTRO-LIA |  |
| 23 | LINFOCITOS B |  |
| 24 | LINFOCITOS B (CD-19) |  |
| 25 | LINFOCITOS B CD20 |  |
| 26 | LINFOCITOS CD-22 |  |
| 27 | LINFOCITOS CD4 - CD8 |  |
| 28 | LINFOCITOS T |  |
| 29 | LINFOCITOS T CITOTOXICOS / SUPRESORES (CD-8) |  |
| 30 | LINFOCITOS T HELPER |  |
| 31 | LINFOCITOS T MADUROS (CD-3) |  |
| 32 | LINFOCITOS T Y B |  |
| 33 | LIVER-LIA |  |
| 34 | PRUEBA CONFIRMATORIA DE HIV - WESTERN BLOT |  |
| 35 | PANEL DE BACTERIAS GASTROINTESTINAL POR PCR |  |
| 36 | PANEL SEXUAL PCR |  |
| 37 | PCR MULTIPLEX PANEL DETECCION BAC.GASTROINTEST. |  |
| 38 | PANEL RESPIRATORIO PCR |  |
| 39 | PHADIATOP / PHADIATOP PEDIATRICO |  |
| 40 | RAST INMUNOLÓGICO |  |
| 41 | HLA DQ2-DQ8 |  |
| 42 | MICOPLASMA Y UREAPLASMA GENITAL |  |
| 43 | CADENAS LIGERAS KAPPA Y LAMBDA |  |
| 44 | CHLAMYDIA (INFECCION ACTIVA ANTIGENO) IFD |  |
| 45 | TEST DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSIS |  |
| 46 | ANTICUERPOS ANTIMIELINA |  |
| 47 | WESTERN BLOT TORCH |  |
| 48 | IFB MYCOPLASMA UREAPLASMA |  |
| 49 | DIHIDROTESTOSTERONA CON ESTIMULO HGC |  |
| 50 | ESTRIOL LIBRE EN SUERO |  |
| 51 | HORMONA DE CRECIMIENTO CON HIPOGLICEMIA |  |
| 52 | HORMONA LIBERADORA DE CORTICOTROPINA (CRF) |  |
| 53 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST GRF |  |
| 54 | NORADRENALINA |  |
| 55 | NOREPINEFRINA |  |
| 56 | PROLACTINA CON TRH |  |
| 57 | PROTEINA A ASOCIADA AL EMBARAZO (PAPP - A) |  |
| 58 | ANA - LIA |  |
| 59 | ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE ACETÍLCOLINA |  |
| 60 | ANTICUERPOS ANTI-PEPTIDO CÍCLICO DE LA CITRULINA |  |
| 61 | ANTI-LKM 1 (LIVER-KINDNEY-MICROSOMAL) |  |
| 62 | DETERMINACION DE HORMONA ANTIMULLERIANA |  |
| 63 | ELASTASA-1 PANCREATICA FECAL |  |
| 64 | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 1 |  |
| 65 | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 2 |  |
| 66 | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 3 |  |
| 67 | INMUNOGLOBULINA G SUB CLASE 4 |  |
| 68 | PCR PARA HEPATITIS B |  |
| 69 | PCR PARA HEPATITIS C |  |
| 70 | PROTEINOGRAMA |  |
| 71 | TACROLIMUS |  |
| 72 | HEPATITIS B CARGA VIRAL |  |
| 73 | HEPATITIS C CARGA VIRAL |  |
| 74 | PCR EN TIEMPO REAL CARGA VIRAL EPSTEIN BARR |  |
| 75 | HIV CARGA VIRAL |  |
| 76 | PCR PARA PAPILOMA VIRUS (HPV) |  |
| 77 | DEGRANULACION DE BASOFILOS |  |
| 78 | ALDOSTERONA AM/PM |  |
| 79 | ß-GONADOTROFINA CORIONICA LIBRE |  |
| 80 | SCREENING DE FIBROSIS QUISTICA |  |
| 81 | ESPERMATOGRAMA |  |
| 82 | DEHIDROXIVITAMINA (D3) |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICOS**

Conste por el presente documento privado, el mismo que podrá ser elevado a instrumento público previo reconocimiento de firmas y rúbricas ante autoridad competente, un Contrato de Prestación de Servicios…….. Densitometría por contrato, suscrito al tenor de las siguientes cláusulas:

**primera** (***De Las Partes***).- Son partes suscribientes del presente contrato:

1. La **Caja de Salud de la Banca Privada – Administración Regional La Paz**, ente gestor del Sistema Nacional del Seguro Social de Salud, representada legalmente en forma conjunta por su Administrador Regional, ***Lic. …….*** con C.I.Nº2456347 L.P. y por la ***Dra. ……..*** con C.I.Nº…. , Jefe Médico Regional, en virtud del Poder Notarial Nº…. de ….de … de 2.., otorgado por ante la Notaría de Fe Pública de 1ª Clase Nº… de esta ciudad, a cargo de la Dra. ………; que en adelante se denominará “**caja**”.
2. El ………….., representado legalmente por el ***Sr(a)………..***, mayor de edad, hábil por derecho, con C.I. N°……..., en virtud del Poder General de Administración Nº…. conferido en fecha …de diciembre de … por ante Notaría de Fe Pública Nº… de esta ciudad, a cargo de la Dra. …..; que en adelante se denominará “……”.

**segunda** (**antecedentes**).- Mediante

**tercera** (***Objeto***).- La presente relación contractual tiene por objeto ……………………………… …………. por parte de la …….., en favor de la población asegurada de la **caja**, en conformidad a la propuesta presentada por la ….., …, documentación que forma parte integrante y constitutiva del presente contrato, sin necesidad de ser transcrita.

**cuarta** (***Precio***).- La **caja** pagará a la ………. por los servicios ……., los siguientes precios, en conformidad a la propuesta.

**quinta** (***Forma de Pago***).- La **caja** pagará a la …. por los servicios estudios ….. prestados a su población asegurada, los precios estipulados en la cláusula precedente, contra presentación de las notas fiscales respectivas a cada uno de ellos.

A dicho efecto, la …….. deberá presentar el ….. para el pago, junto a…. y cualquier otra documentación que fuere pertinente; documentación que deberá ser aprobada por la **caja.**.

**sexta** (***Servicios***).- De acuerdo a la Propuesta Adjudicada, se transcribe a continuación los ……… que la … prestará a la población asegurada de la **caja**:

La **caja** pagará a la … los exámenes referidos, de acuerdo a los precios estipulados en la …. del presente contrato.

**séptima** (***Lugares de Atención***).- Los profesionales .. prestarán la atención de consulta externa a la población **asegurada** de la **caja**, en los siguientes lugares:

**octava** (***Vigencia y Renovación***).- El presente contrato tendrá una vigencia de …. años a partir del …de … de … al … de … de …, pudiendo ser renovado por un periodo similar.

**novena** (***Garantía***).- La ……….. garantiza el cumplimiento de las obligaciones que contrate en virtud de la presente relación contractual, con la ………..a orden de la Caja de Salud de la Banca Privada, con vigencia al ………de ….de ..; la misma que será ejecutada sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial alguno, ante el incumplimiento contractual.

La …se encuentra obligada a renovar la citada ….a su vencimiento, a efectos de mantener la garantía vigente durante el periodo de vigencia del presente contrato.

**décima** (***Multas***).- La **caja** sancionará a la …….. por el incumplimiento de sus obligaciones contractuales emergentes del presente documento, con una multa del cero punto tres por ciento (0.3%) del monto total del contrato; sanción que será deducida del pago mensual correspondiente.

**décimo primera** (***Causas de Fuerza Mayor y/o Caso Fortuito***).- Con el fin de exceptuar a la …….. de responsabilidad por incumplimiento en la prestación de los servicios contratados, la **caja** se encuentra facultada para calificar las causas de *Fuerza Mayor y/o Caso Fortuito* que pudieran tener efectiva incidencia sobre el cumplimiento de las obligaciones contractuales. A dicho efecto, la ……., para que cualquiera de dichos hechos pudieran constituir justificación del impedimento referido, deberá acreditarlos documentalmente.

**décimo segunda** (***Resolución***).- El presente contrato será resuelto por las causales establecidas por ley. Igualmente, constituye causal de resolución si el monto de la sanciones impuestas alcanzaren al 20% del monto total del contrato, siendo facultativo para la **caja** si alcanzare el 10%.

Asimismo, por decisión de la **caja**, previo aviso escrito con 30 días calendario de anticipación.

**décimo tercera** (***Prohibición de Subrogación***).-La …. no podrá ceder, transferir o subrogar, total o parcialmente, las obligaciones emergentes del presente contrato, bajo ningún título; debiendo cumplir las mismas con calidad, eficacia y eficiencia.

**décimo cuarta** (***Responsabilidad por el Servicio****)*.-La …….., en casos comprobados de haber incurrido en error, omisión o mala atención a la población asegurada de la **caja**, asumirá plenamente la responsabilidad que genere la prestación de sus servicios médicos, a efectos del resarcimiento del daño ocasionado.

**décimo quinta** (***Documentos Integrantes del Contrato***).-Son parte integrante y constitutiva del presente contrato, sin necesidad de ser transcritos, los siguientes documentos:

* Reglamento de Administración de Bienes, Obras y Servicios de la Caja de Salud de la Banca Privada.

**décimo octava** (***Aceptación***).- Las partes contratantes declaran conocer todas y cada una de las cláusulas precedentes, y dando su aceptación, consentimiento y plena conformidad con las mismas, se comprometen a su fiel y estricto cumplimiento, en cuya constancia firman al pie del presente contrato.

Es firmado en la ciudad de La Paz, a los ………días del mes de …………. del año dos mil…………….

…………………………………….. ………………………………

**administrador regional c.s.b.p. jefe médico regional c.s.b.p.**

**representante legal**