



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GDG-P02-F-01
GESTIÓN DEL GASTO		VERSIÓN:	02
BIENES REQUERIDOS		VIGENCIA:	31-10-2016
		Página 1 de 1	

ANEXO No. 4-2020

INSUMOS O ELEMENTOS PARA EQUIPOS DADOS APOYO TECNOLÓGICO (COMODATOS)

El Instituto adquiere “pruebas efectivas”, es decir, que se deben incluir todos los calibradores, controles e insumos necesarios para el procesamiento de las mismas.

Item	Descripción Gr.interno	Código del Material	Descripción Material	Unidad medida	Cantidad	Cód UNSPSC	Valor Total presupestado
1	GRUPO BANCO DE SANGRE	40040172	PRUEBAS INFECCIOSAS BANCO DE SANGRE CON CONTROL DE TERCERA OPINION DIARIO, DEBEN TENER DISPONIBILIDAD DE LA TOTALIDAD DE LAS PRUEBAS. INCLUYE ANTI CORE HEPATITIS , ANTI HCV, ANTI HTLV I / 2, ANTI TRIPANOSOMA CRUZZI, HIV AG-AC, PRUEBA TREPONÉMICA PARA SIFILIS, ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B, TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES Y CALIBRADORES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	9.000	41116126	490.482.720

2	GRUPO BANCO DE SANGRE	40040173	PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA PARA SERVICIO TRANSFUSIONAL CON CONTROL DE TERCERA OPINION DIARIO. DEBEN TENER LA DISPONIBILIDAD DE TODAS LAS PRUEBAS. INCLUYE PRUEBA PARA DETERMINAR SUBGRUPOS DE A, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA CON RECHEQUEO, RASTREO DE ANTICUERPOS PARA PACIENTES CON CELULAS I, II, III, HEMOCLASIFICACION ABO DIRECTA E INVERSA A1, B PARA PACIENTES Y PARA DONANTES, PRUEBA PARA DETERMINAR COOMBS DIRECTO FRACCIONADO, COOMBS DIRECTO CUALITATIVO, PRUEBA PARA IDENTIFICACION FENOTIPO RH-KELL, PRUEBA PARA CONFIRMACION DEL D DEBIL. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR INSUMOS, CONTROLES Y CALIBRADORES E DEMAS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	45.000	41116102	334.128.600
3	GRUPO REHABILITACION Y TERAPIA	40010132	GASES ARTERIALES PRUEBA, incluye pH, pCO2, PO2,CHCO3, BE,ELECTROLITOS Na, K, Cl,AG, HCTO, MERTABOLITOS (GLUCOSA Y LACTATO), COOXIMETRIA (Hb, COHb, Met hb), CALCULO DE PARAMETROS (P50, H+, BE, etc, SO2, Hct, a/A02, AaD02, PaO2, OS/QT, indice P/F, RE, Cc, Cv, Ca. DEBE INCLUIR CONTROLES, CALIBRADORES Y DEMAS INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	14.400	41116016	59.394.816,00
4	GRUPO LABORATORIO CLINICO	40060470	PRUEBAS DE HEMATOLOGIA, INCLUYE CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO, CUADRO HEMATICO DE URGENCIA, RECUESTO AUTOMATIZADO DE RETICULOCITOS POR NUMERO, SIN QUE ESTO GENERE UN COSTO ADICIONAL AL VALOR DEL CUADRO HEMATICO, ADICIONAL 4 CAJAS MENSUALES DE CONTROL DE CALIDAD DE HEMATOLOGIA INDEPENDIENTES, DE 3 NIVELES, CON MATRIZ HUMANA, SUMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR,CON LOTE MINIMO DE TRES MESES. INCLUYE CALIBRADORES Y CONTROLES Y TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	60.000	41116008	94.036.800

5	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060484	PRUEBAS PARA QUÍMICA SANGÜÍNEA, DEBEN TENER DISPONIBILIDAD DE TODAS LAS PRUEBAS, INCLUYE DESHIDROGENASA LÁCTICA (LHD), CREATINOFOSFOCINASA (CK) CREATINOFOSFOCINASA (CK) FRACCIÓN MB, CREATININA, COLESTEROL HDL, COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL LDL, TRIGLICÉRIDOS, ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST), ALANIN AMINOTRANSFERASA (ALT), BILIRUBINA DIRECTA (BUBC), CALCIO, FOSFORO, ALBUMINA, PROTEÍNAS EN ORINA (UPRO), ACIDO ÚRICO, LAPISA, AMILASA PRUEBA QUÍMICA, GLUCOSA, FOSFATASA ALCALINA, PROTEÍNA TOTAL, BILIRUBINA TOTAL, MAGNESIO, NITRÓGENO URÉICO, PROTEÍNAS LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO, ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO Y CLORO), PROTEÍNA C REACTIVA (PCR), INMUNOGLOBULINA A, INMUNOGLOBULINA M, INMUNOGLOBULINA G, GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA GGT, AMONIO, HIERRO, MICROALBUMINURIA. EL PROVEEDOR DEBE SUMINISTRAR AL MES 2 CAJA X 20 DE CONTROL DE QUÍMICA DE TERCERA OPINIÓN NIVEL NORMAL Y 2 CAJA X 20 DE CONTROL DE QUÍMICA DE TERCERA OPINIÓN NIVEL ANORMAL. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES Y CALIBRADORES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	630.000	41116009	625.716.000
6	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40070266	COMPLEMENTOS C3 Y C4 (PRUEBA)	UN	200	41116009	1.098.864
7	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060350	TROPONINA I	UN	1.200	85111604	5.990.400
8	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060620	HEMOGLOBINA GLICOSILADA PRUEBA	UN	900	41116207	8.826.480

9	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060485	PRUEBAS ESPECIALES. DEBEN TENER DISPONIBILIDAD DE TODAS LAS PRUEBAS. ALFAFETO PROTEINA (AFP), ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA), CA 125, CA 19.9, PROCALCITONINA CUANTITATIVA, TIROGLOBULINA, TSH DE TERCERA GENERACION, ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA TOTAL), CALCITONINA, HORMONA DE CRECIMIENTO, HORMONA DE GONADOTROPINA HCG SUBUNIDAD BETA, PARATOHORMONA, ANTITIROGLOBULINA, FERRITINA, HORMONA LUTEINIZANTE (LH), PROLACTINA, CORTISOL, ESTRADIOL, HORMONA FOLICULO LEUTILIZANTE FSH, T3 LIBRE, TESTOSTERONA TOTAL, T4 LIBRE. EL PROVEEDOR DEBE SUMINISTRAR AL MES 3 CAJAS DE NIVEL NORMAL Y ANORMAL(2 NIVELES) INDEPENDIENTES, PARA TODAS LAS PRUEBAS SE DEBE GARANTIZAR EL MISMO LOTE DE REACTIVOS ,LOS CUALES DEBEN SER MONOREACTIVOS LISTOS PARA SU USO, CONTROLES Y CALIBRADORES POR MINIMO 6 MESES SE DEBEN GARANTIZAR LOS CONSUMIBLES NECESARIOS PARA EL ANTEENIEMIENTOS DIARIO, SEMANAL Y MENSUAL.	UN	45.000	41116127	435.009.600
10	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060656	BETA 2 MICROGLOBULINA KIT X 100 PRUEBAS EFECTIVAS INCLUYE CALIBRADORES Y CONTROLES	KIT	7	41116129	8.248.240
11	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060127	METOTREXATE/ DOSIFICACION NIVELES KIT X 100 PRUEBAS EFECTIVAS. INCLUYE CALIBRADORES Y CONTROLADORES. EL PROVEEDOR DEBE SUMINISTRAR 2 CAJAS DE CONTROLES AL MES	KIT	12	51111610	62.175.360
12	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060486	PRUEBAS DE COAGULACION, DEBEN TENER DISPONIBILIDAD DE TODAS LAS PRUEBAS. INCLUYE DIMERO D, FIBRINOGENO DE CLAUS, ANTITROMBINA III, PT, PTT. EL PROVEEDOR DEBE SUMINISTRAR AL MES 2 CAJAS DE CONTROLES DE TERCERA OPINION, NIVEL NORMAL Y ANORMAL. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES Y CALIBRADORES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO. DEBEN TENER EQUIPO BACKUP DE LA MISMA TECNOLOGIA	UN	56.000	41116005	117.703.040

13	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060640	PRUEBAS INFECCIOSAS: DEBEN TENER DISPONIBILIDAD DE TODAS LAS PRUEBAS. INCLUYE ANTI HBS, HEPATITIS C, ANTI Hbe, ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B, ANTIGENO E, HEPATITIS B, HIV-1 /HIV, CORE ANTI HBC,SIFILIS (PRUEBA TREPONEMICAID, T, TOXOPLASMA ICG, IGM, VITAMINA D 25 HIDROXI (OH), CITOMEGALOVIRUS ICG, IGM. EL PROVEEDOR DEBE SUMINISTRAR AL MES 3 CAJAS DE NIVEL NORMAL Y ANORMAL(2 NIVELES) INDEPENDIENTES, PARA TODAS LAS PRUEBAS,SE DEBE GARANTIZAR EL MISMO LOTE DE REACTIVOS ,LOS CUALES DEBEN SER MONOREACTIVOS LISTOS PARA SU USO, CONTROLES Y CALIBRADORES POR MINIMO 6 MESES,SE DEBEN GARANTIZAR LOS CONSUMIBLES NECESARIOS PARA EL MANTENIMIENTOS DIARIO, SEMANAL Y MENSUAL	UN	6.300	41116127	36.363.600
14	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060487	PRUEBAS DE IDENTIFICACION DE GERMEENES. SE DEBE TENER DISPONIBILIDAD DE TODAS LAS PRUEBAS. INCLUYE: PARA GERMEENES GRAM POSITIVOS, GERMEENES GRAM NEGATIVOS, GERMEENES LEVADURAS, GERMEENES ANAEROBIOS, GERMEENES DE CRECIMIENTO LENTO. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES Y CALIBRADORES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	1.800	41116130	44.386.236
15	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060281	HEMOCULTIVOS PARA HONGOS, HEMOCULTIVOS PEDIATRICOS Y HEMOCULTIVOS AEROBIO Y ANAEROBIO ADULTO, TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	5.400	41111613	67.385.088
16	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060446	DETECCION AUTOMATICA DE MYCOBACTERIAS EN MEDIO LIQUIDO, (EN MUESTRAS DE LIQUIDOS ESTERILES, SANGRE, Y MUESTRAS CONTAMINADAS	UN	450	41116130	23.883.516
17	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060284	TIRAS PARA ORINA PRUEBA	UN	12.000	41116137	14.813.760
18	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060811	MEDICION DE NIVELES ACIDO FOLICO Y B 12	KIT	17	41116105	11.492.000
19	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060660	MEDICION DE NIVELES DE VANCOMICINA KIT X 100 PRUEBAS	KIT	1	51101591	2.406.665,04

20	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060483	PRUEBAS ESPECIALES DE HEMATOLOGIA, INCLUYE ELECTROFORESIS DE PROTEINAS, INMUNOFIJACION EN SUERO. Y SUS CONTROLES DE 3 NIVELES, SUMINISTRADO POR EL PROVEEDOR. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES Y CALIBRADORES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	1.040	41116008	45.223.859
21	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060540	PRUEBAS ESPECIALES DE HEMATOLOGIA, DETECCION DE CADENAS LIGERAS DE KAPPA Y LAMBDA Y SUS CONTROLES DE 3 NIVELES, SUMINISTRADO POR EL PROVEEDOR. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES Y CALIBRADORES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	1.200	41116008	52.375.164
22	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060712	PRUEBA NIVEL PLASMATICO CICLOSP/TRACROL	UN	1.200	41116008	47.643.648
23	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060745	PANELES FILMARRAY	UN	250	41116130	133.900.000
24	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060480	COLORANTES DE COLORACION AUTOMATIZADA DE WRIGHT. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	4.500	12171509	3.870.585
25	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060530	COLORANTES DE COLORACION AUTOMATIZADA DE GRAM. TODAS LAS PRUEBAS DEBEN INCLUIR CONTROLES E INSUMOS NECESARIOS PARA SU PROCESAMIENTO	UN	4.500	12171509	12.235.500
26	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060654	COLORACION AUTOMATIZADA DE ZIELH NEELSEN UNIDAD DE MEDIDA PRUEBA	UN	3.600	41116129	41.259.744
27	GRUPO LABORATORIO CLÍNICO	40060696	PRUEBA COLORIMETRIA PARA LA DETECCION CARBAPENEMASAS	UN	200	41116105	4.803.904
28	GRUPO PATOLOGÍA ONCOLOGICA	40020486	PRUEBA DE CITOMETRIA DE FLUJO	UN	12.000	41116015	593.636.160
29	GRUPO PATOLOGÍA ONCOLOGICA	40020487	PRUEBA DE INMUNOHISTOQUÍMICA QUE INCLUYA	UN	15.000	41116153	429.000.000
30	GRUPO PATOLOGÍA ONCOLOGICA	40020796	PRUEBA AUTOMATIZADA DE HISTOQUIMICA	UN	1.300	41000000	29.246.464