

ANEXOS

ANEXO 1. Cronograma de actividades (Primera Etapa TALLER DE
PROFECIONALIZACION I)

Con el objeto de realizar la investigación de campo, se elaboró un cronograma de actividades en la primera etapa de la realización del Emprendimiento, de manera que se tenga plasmado la duración y el tiempo durante el cual se aplicaron las actividades.

Nº	ACTIVIDAD	DURACIÓN
1	revisión de datos secundarios	16 semanas
2	primera avance del proyecto introducción y objetivos	4 semanas
3	revisión de primera parte	1 semana
4	segunda avance de marco metodológico	2 semanas
5	vacaciones	2 semanas
6	tercera avance del marco teórico	3 semana
7	revisión de la segunda parte y tercera parte	1 semana

Fuente: Elaboración propia.

Nº	ACTIVIDAD	TIEMPO - SEMANAS															
		OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	revisión de datos secundarios	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2	primera avance del proyecto introducción y objetivos	■	■	■	■												
3	revisión de primera parte					■											
4	segunda avance de marco metodológico						■	■									
5	vacaciones									■	■						
6	tercera avance del marco teórico											■	■	■			
7	revisión de la segunda parte y tercera parte													■			

Fuente: Elaboración propia.

Presupuesto de trabajo

Se elaboró un presupuesto de trabajo con el fin de determinar los costos de la aplicación del trabajo de campo para la investigación

DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
PRESUPUESTOS			
lapiceras	5	1	5
cuaderno	18	1	18
internet clases virtuales	90	6	540
TOTAL			563

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. ENTREVISTA

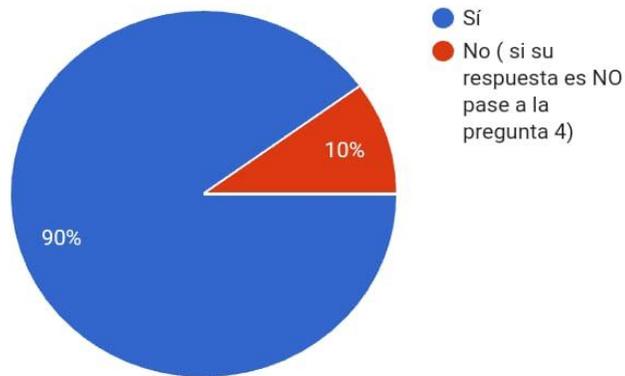
Se recolectó esta información en una entrevista de las instituciones públicas y privadas como ser del laboratorio del hospital Eduardo Eguía y de los laboratorios privados que pudimos.

PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA	HOSPITAL EDUARDO EGUIA	LABORATORIO BRANKIÑO	LABORATORIO BIOGENESIS
¿Cuál es el cargo que ocupa Usted, en el Centro de Salud?	director medico	doctora bioquímica farmacéutico	medico bioquímico
¿En qué distrito del Tupiza se encuentra ubicado la Clínica y/o Hospital?	se encuentra en zona central calle Beni	se encuentra en la zona central calle Cochabamba	se encuentra en la zona central calle Bolívar
¿Cuántos pacientes ingresan a la Clínica y/o Hospitales por día?	111 pacientes por día	20 pacientes por día	25 pacientes por día
¿Y de esos pacientes, que porcentaje, son derivados a su laboratorio?	25 son destinados al laboratorio	los 20 son derivados al laboratorio	los 25 son derivados al laboratorio
¿Su laboratorio procesa toda clase de pruebas?	no porque hay pruebas que requieren más equipos o son de mayor complejidad.	no porque hay pruebas que requieren más equipos o son de mayor complejidad.	no porque hay pruebas que requieren más equipos o son de mayor complejidad.

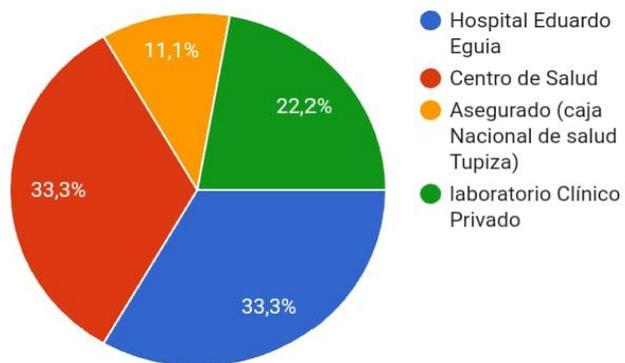
ANEXO 3. ENCUESTA PILOTO

La siguiente encuesta tiene como finalidad la recolección de datos para conocer la aceptación del emprendimiento.

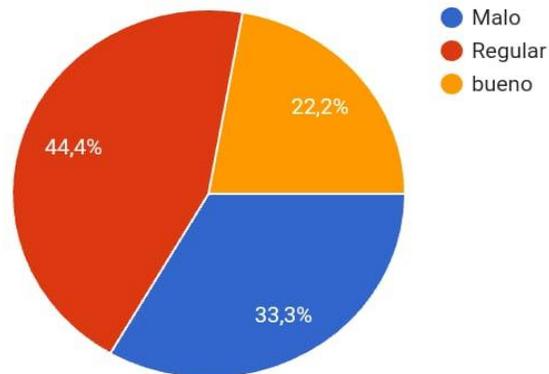
1 ¿usted asistió a un laboratorio de análisis Clínico?



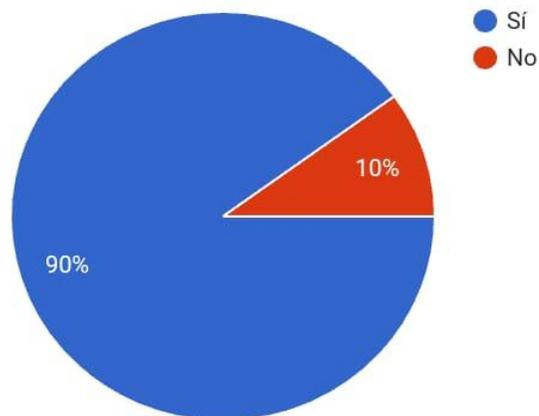
2 ¿A qué laboratorio de análisis clínico asistió?



3 ¿Cómo calificaría usted el servicio del laboratorio en el que se atendió?



4 ¿Usted está de acuerdo en la apertura de un nuevo laboratorio clínico privado en la ciudad de Tupiza con todas las características tales como, mayor número de pruebas, rapidez en los resultados, y equipos modernos?



ANEXO 4. FORMULARIO DE ENCUESTA GENERAL

Las siguientes preguntas están dirigidas a personas entre 18-70 años de edad, los datos ayudarán a conocer los factores más relevantes de los usuarios al momento de asistir a un laboratorio clínico y a la vez permitirá conocer la aceptación de la implementación de un laboratorio clínico privado en la ciudad de Tupiza.

SEXO

1. hombre ()
2. mujer ()

EDAD

1. 18 - 30 ()
2. 31 - 40 ()
3. 41 - 50 ()
4. 52 - 60 ()
5. 61 - 70 ()

1 ¿USTED HA RECIBIDO ALGUNA VEZ ATENCIÓN MÉDICA EN ALGÚN LABORATORIO CLÍNICO O TIENE EXPERIENCIA DE ALGÚN FAMILIAR?

1. SI ()
2. NO (si su respuesta es **NO** pase a la pregunta **12**) ()

2 ¿CUANDO NECESITA REALIZARSE UN ANALISI MÉDICO DONDE ACUDE?

1. hospital Eduardo Eguía ()
2. Centro de Salud ()
3. Asegurado (caja Nacional de salud tupiza) ()
4. laboratorio clínico privado ()

3 ¿SEGÚN LA PREGUNTA ANTERIOR? ¿PORQUE ELIGE LA OPCIÓN?

1. ubicación ()
2. variedad de resultados ()
3. no tiene costo ()
4. asegurado (a) ()

4 ¿LE HAN PROPORCIONADO INFORMACIÓN PARA LA RECOGIDA DE MUESTRA?

1. si ()
2. no ()

5 ¿CUANDO SOLICITA UNA PRUEBA DE ANÁLISIS LE INFORMAN PARA CUANDO ESTARA SU RESULTADO DE SU ANÁLISIS?

1. si ()
2. no ()

6 ¿LE PARECE QUE EL INFORME DE RESULTADOS DEL ANÁLISIS ES CLARO?

1. si ()
2. no ()

7 ¿SEGÚN SU OPINIÓN EL LABORATORIO CLÍNICO QUE ACUDIÓ TIENE LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA ASUMIR LOS ANÁLISIS DE LOS SOLICITANTES?

1. si ()
2. no ()

8 ¿CUÁL ES EL TIEMPO QUE USTED TIENE QUE ESPERAR PARA RECIBIR LOS RESULTADOS DE SU ANÁLISIS?

1. horas ()
2. días ()
3. semanas ()
4. meses ()

9 ¿ESTÁ SATISFECHO CON LOS PLAZOS DE ENTREGA DE SU RESULTADOS?

1. si ()
2. no ()

10 ¿EN SU CONTACTO CON EL PERSONAL DE LABORATORIO EL PERSONAL HA SIDO?

1. servicial ()
2. profesional ()
3. amable ()
4. indiferente ()

11 ¿ESTÁ USTED SATISFECHO CON LOS SERVICIOS DEL LABORATORIO CLÍNICO AL QUE ACUDIÓ?

1. si ()
2. no ()

12 ¿LE GUSTARÍA QUE SE IMPLEMENTE UN NUEVO LABORATORIO CLÍNICO PRIVADO EN LA CIUDAD DE TUPIZA?

1. si ()
2. no (si su respuesta es **NO** finaliza la encuesta) ()

13 ¿QUÉ ASPECTOS CONSIDERA MÁS IMPORTANTE A LA HORA DE ASISTIR A UN LABORATORIO CLÍNICO?

1. precio y ofertas ()
2. ubicación ()
3. oportuno y con tecnología actualizado ()
4. confiabilidad y comodidad ()
5. profesionalismo y personal capacitado ()

14 ¿AL MOMENTO DE RECIBIR LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS MEDIANTE QUÉ MEDIO LE GUSTARÍA RECIBIR?

1. personalmente ()
2. vía correo electrónico ()
3. vía página web ()
4. vía whatsapp ()

15 ¿EN RELACIÓN A LA PUBLICIDAD, ¿QUE INFLUYE MÁS EN USTED, PARA IR A UN LABORATORIO CLÍNICO?

1. Televisión ()
2. Radio ()
3. Afiches ()
4. Recomendación de un médico ()
5. recomendación de un familiar ()

ANEXO 4. PERSONAL CON EL RESPECTIVO EQUIPAMIENTO Y LA ROPA DE BIOSEGURIDAD ANTES DURANTE Y DESPUÉS DEL PROCESO.



ANEXO 5. ALGUNOS ELEMENTOS PRINCIPALES DEL LABORATORIO CLÍNICO



ANEXO 6. EQUIPO HEMATOLÓGICO



ANEXO 7. EQUIPO BIOQUÍMICO



ANEXO 8. ANALIZADOR DE ELECTROLITOS



ANEXO 9. ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES



ANEXO 10. CENTRIFUGA UNIVERSAL DE TUBOS



ANEXO 11. MICRO CENTRIFUGA



ANEXO 12. BAÑO MARIA



ANEXO 13. CONTADOR DE CELULAS SANGUINEAS



ANEXO 14. CABINA DE FLUJO LAMINAR



ANEXO 15. ESTERILIZADOR



ANEXO 16. BALANZA ANALITICA



ANEXO 17. ROTADOR SOROLÓGICO



ANEXO 18. MICROSCOPIO



ANEXO 19. REFRIGERADORA



ANEXO 20. EQUIPO DE COAGULACION



ANEXO 21. INCUBADORA



ANEXO 22. AUTO CLAVE



ANEXO 23. DESIONIZADOR



ANEXO 24. CRONÓMETRO



ANEXO 25. PIPETA



ANEXO 26. FORMULARIO PARA LA INSCRIPCIÓN A FUNDEMPRESAS



REGISTRO DE COMERCIO DE BOLIVIA

FORMULARIO 0020/10
SOLICITUD DE MATRÍCULA DE COMERCIO

1. AÑO DE REGISTRO <input type="text"/>	
2. TIPO DE ORGANIZACIÓN JURÍDICA <input type="checkbox"/> Empresa Unipersonal o Comerciante Individual <input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima Mixta <input type="checkbox"/> Sociedad Colectiva <input type="checkbox"/> Sociedad Constituida en el Extranjero <input type="checkbox"/> Sociedad en Comandita Simple <input type="checkbox"/> Sociedad en Comandita por Acciones	
3. DATOS DE LA EMPRESA UNIPERSONAL O SOCIEDAD COMERCIAL Nombre, Razón Social o Denominación: <input type="text"/>	
Dirección: Calle o Avenida (favor dibujar croquis en el reverso) N°: Zona: UV: Manzana: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nombre del Edificio: Piso: Oficina N°: Casilla Postal N°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Municipio: Provincia: Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Teléfonos: Fax: Correo Electrónico de contacto: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4. OBJETO DE LA EMPRESA (Preciso y determinado): <input type="text"/>	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA: CAPITAL: Bs. : _____ Son: _____ Bolivianos CAPITAL ASIGNADO (solo para empresas constituidas en el extranjero): Bs. : _____ Son: _____ Bolivianos	
6. INFORMACIÓN DE FECHA DE CIERRE DE GESTIÓN FISCAL <input type="checkbox"/> Actividad Bancaria, de Seguros, Comerciales, de Servicios y otras no contempladas en las fechas siguientes 31 de Diciembre <input type="checkbox"/> Actividad Industrial y Petrolera 31 de Marzo <input type="checkbox"/> Actividad Gomera, Castañera, Agrícola, Ganadera o Agroindustrial 30 de Junio <input type="checkbox"/> Actividad Minera 30 de Septiembre	7. INFORMACIÓN DE LA PUBLICACIÓN SOLICITO PRESENTAR LA PUBLICACIÓN EN FORMA POSTERIOR A LA REVISIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TESTIMONIO POR EL REGISTRO DE COMERCIO. <input type="checkbox"/>
9. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO NOMBRE: <input type="text"/> FIRMA: <input type="text"/> NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD: EXPEDIDA EN: <input type="text"/> <input type="text"/>	10. ESPACIO RESERVADO PARA USO DE FUNDEMPRESA Control de documentos TESTIMONIOS N°: <input type="text"/> PUBLICACIÓN: <input type="checkbox"/> BALANCE: <input type="checkbox"/> DEPÓSITO BANCARIO: <input type="checkbox"/> OTROS DOCUMENTOS: <input type="text"/> FECHA DE INGRESO: <input type="text"/> CÓDIGO DE TRÁMITE: <input type="text"/> N° FACTURA: <input type="text"/> NÚMERO DE OPERACIÓN: <input type="text"/> MONTO PAGADO: <input type="text"/> FIRMA Y SELLO DE FUNCIONARIO: <input type="text"/> FECHA DE REINGRESO: <input type="text"/>
Toda la información proporcionada en este formulario tiene caracter de Declaración Jurada. No se permiten tachaduras, borrones ni enmiendas.	



FORMULARIO 0020/10
SOLICITUD DE MATRÍCULA DE COMERCIO

8. INFORMACIÓN COMERCIAL

Persona de contacto: Teléfono / Celular: Tel. Atención Cliente o Línea 800: Web o correo electrónico área comercial:

Principales productos o servicios:

CROQUIS DE UBICACIÓN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO.

- En AÑO DE REGISTRO. Escriba el año en el cual procede a la presentación del trámite.
- En TIPO DE ORGANIZACIÓN JURÍDICA identifique con una X el tipo de empresa o sociedad que inscribe.
- En DATOS DE LA EMPRESA UNIPERSONAL O SOCIEDAD COMERCIAL, considere lo siguiente:
En Nombre, Razón Social o Denominación identificar el nombre que tendrá la sociedad/empresa unipersonal. Completar la dirección, Calle o Avenida, N°, Zona, UV (Unidad Vecinal), Manzana, Nombre del Edificio, Piso, Oficina, Municipio, Provincia y Departamento.
Completar los datos referentes a teléfono, fax, casilla postal y correo electrónico de contacto.
- En OBJETO DE LA EMPRESA, señalar la actividad o actividades a las que se dedica la empresa de forma precisa y determinada.
- En INFORMACIÓN FINANCIERA considerar lo siguiente:
Capital. Aporte de los socios o propietario con que cuenta la empresa.
Capital asignado. En el caso de empresa constituida en el extranjero, colocar el capital asignado.
- En INFORMACIÓN DE FECHA DE CIERRE DE GESTIÓN FISCAL, marcar con una X la actividad de su sociedad o empresa sujeta al cierre de gestión fiscal.
- En INFORMACIÓN DE LA PUBLICACIÓN, marcar con una X, cuando se requiera presentar la publicación después de haber sido aceptado el testimonio por el Registro de Comercio de Bolivia.
- En INFORMACIÓN COMERCIAL, identificar la persona de contacto, el número de su teléfono/celular, el teléfono de atención al cliente, la línea 800 y el correo electrónico del área comercial o portal Web. Asimismo, listar los principales productos o servicios que ofrece su empresa.
- En INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL indicar el nombre completo del representante legal o propietario de la empresa unipersonal, la cédula de identidad y la firma del mismo.
- No llenar el espacio RESERVADO PARA USO DE FUNDEMPRESA.

Para cualquier consulta, aclaración o si desea obtener mayor información, puede comunicarse a la línea 800-10-7990, apersonarse a Informaciones, Ventanilla de Atención al Cliente o conectarse al portal Web: www.fundempresa.org.bo.



NOTA: No se permiten cambios ni devolución de factura, por favor detallar y verificar sus datos para la emisión correcta de la misma.

NOMBRE: NIT:

ANEXO 27. FORMULARIO DE REGISTRO AL MINISTERIO DE TRABAJO



**FORMULARIO DE REGISTRO OBLIGATORIO DE EMPLEADORES
DECLARACIÓN JURADA**



1.- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

1.1 Tipo de inscripción Inscripción nueva Reinscripción

1.2 N° de NIT 1.3 N° Empleador caja de salud 1.4 Código MTEPS

1.5 Nombre o razón social del empleador

1.6 Nombre comercial <input type="text"/>	1.7 Fecha de inicio de actividades <input type="text"/>
1.8 Actividad económica declarada por el empleador <input type="text"/>	
1.9 Código CAEB <input type="text"/>	
1.10 Tipo de empleador <input type="text"/>	1.11 Tipo de sociedad <input type="text"/>

2.- UBICACIÓN DE LA OFICINA CENTRAL Y CANTIDAD DE UBICACIONES ADICIONALES

2.1 Departamento <input type="text"/>	2.12 Croquis
2.2 Ciudad/Localidad <input type="text"/>	
2.3 Zona/Urbanización <input type="text"/>	
2.4 Edificio <input type="text"/> 2.5 Piso/Depto./Of. <input type="text"/>	
2.6 Dirección <input type="text"/> 2.7 N° <input type="text"/>	
2.8 Teléfono <input type="text"/> 2.9 Fax <input type="text"/>	
2.10 Correo electrónico <input type="text"/>	
2.11 Cantidad de ubicaciones adicionales a ser declaradas en el punto 4. <input type="text"/>	

3.- INFORMACIÓN SOBRE LOS TRABAJADORES, SEGURO SOCIAL Y SINDICAL

3.1 N° total de trabajadores	3.2 Hombres	3.3 Mujeres	3.4 Extranjeros	3.5 Fijos	3.6 Eventuales	3.7 Menores de 18 años	3.8 Mayores de 60 años	3.9 Personal jubilado trabajando	3.10 Personas con capacidades diferenciadas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.11 Total pagado de la planilla (Bs) 3.12 N° asegurados cajas de salud 3.13 Monto aportado (Bs)

3.14 N° asegurados AFPs (seguro plazo) 3.15 Monto aportado (Bs)

3.16 Cuenta con sindicato SI NO

NOTA: En mi condición de Empleador y/o representante Legal, de acuerdo al art. 1322 del Código Civil, declaro expresamente que los datos incluidos en el presente formulario son verídicos y fidedignos; por lo que manifiesto mi pleno consentimiento y absoluta aceptación para que el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social en uso de sus específicas funciones y atribuciones establecidas por ley, pueda proceder a las inspecciones, verificaciones y otras medidas necesarias para precautelar el cumplimiento de las normas en materia laboral.

A. Nombre del empleador y/o representante legal <input type="text"/> B. Firma <input type="text"/> C. N° de documento de identidad <input type="text"/>	D. Nombre del funcionario de ventanilla <input type="text"/> E. Nombre del funcionario del MTEPS <input type="text"/> F. Cargo del funcionario receptor <input type="text"/>
---	--

Uso exclusivo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social

Observaciones:

ANEXO 28. OFICINA PARA EL PROCESO DE ANÁLISIS



ANEXO 29. DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE LA GESTIÓN 2019

codigo	prestacion	cantidad
PL42	Hemograma completo	1483
PL36	Glicemia	1399
PL28	Examen general de orina mas sedimento	1105
PL22	Creatinina serica	991
PL88	Urea	866
PL40	Grupo sanguineo y factor RH	842
PL53	Prueba rapida para vih/sida	681
PL56	Recuento de plaquetas	669
PL70	Tiempo de protrombina	653
PL69	Tiempo de coagulacion y tiempo de sangria	648
PL25	Electrolitos en sangre (Sodio, potasio y cloro)	562
PL59	Serologia para chagas HAI	557
PL15	Cultivo para germen es comunes y antibiograma	354
PL52	Prueba rapida para sifilis	333
PL9	Bilirrubinas totales y fracciones	326
PL101	Transaminasa TGP	288
PL73	Transaminasa TGO	288
PL47	Proteina c reactiva (PCR)	254
PL48	Proteinas totales y fraccionadas	217
PL54	Reaccion de widal	201
PL41	Hemoglobina y hematocrito	200
PL32	Fosfatasa alcalina	199
PL216	Hemaglutinacion indirecta	175
PL38	Gonadotrofina corionica humana (HCG)/test de embara	156
PL3	Aamilasa pancreatica	152
PL64	Serologia para toxoplasmosis ELISA	151
PL95	Serologia para hepatitis B	143
PL57	Rpr para sifilis-VDRL	113
PL76	Prueba rapida para chagas	109
PL19	Coproparasitologico seriado	108
PL18	Coproparasitologico simple	104
PL84	Examen en fresco	96

ANEXO 30. DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE LA GESTIÓN 2020

Nº	CÓDIGO	PRESTACIÓN	PRECIO U.	CANTIDAD
327	PL36	Glicemia	35	4506
332	PL42	Hemograma completo	35	4277
315	PL22	Creatinina serica	35	2949
299	PL15	Cultivo para germenos comunes y antibiograma	80	1264
321	PL25	Electrolitos en sangre (Sodio, potasio y cloro)	60	1534
330	PL40	Grupo sanguineo y factor RH	30	2662
348	PL70	Tiempo de protrombina	35	2257
340	PL56	Recuento de plaquetas	30	2242
322	PL28	Examen general de orina mas sedimento	20	2947
338	PL53	Prueba rapida para vih/sida	30	1754
314	PL216	Hemaglutinacion indirecta	50	940
355	PL9	Bilirrubinas totales y fracciones	35	1181
357	PL95	Serologia para hepatitis B	60	595
318	PL234	IgG/IgM anti SARS COV 2 (COVID-19) (Prueba rapida)	60	513
295	PL101	Transaminasa TGP	27	922
349	PL73	Transaminasa TGO	25	922
319	PL235	IgG anti SARS COV 2 (COVID-19) (ELISA)	150	150
320	PL236	IgM anti SARS COV 2 (COVID-19) (ELISA)	150	150
334	PL47	Proteina c reactiva (PCR)	35	625
325	PL32	Fosfatasa alcalina	35	622
350	PL76	Prueba rapida para chagas	30	721
347	PL69	Tiempo de coagulacion y tiempo de sangria	10	2111
331	PL41	Hemoglobina y hematocrito	20	883
317	PL233	Toma de muestra para RT PCR COVID-19 (Hisopeado faring)	100	142
335	PL48	Proteinas totales y fraccionadas	22	639
337	PL52	Prueba rapida para sifilis	30	420
339	PL54	Reaccion de widal	33	376
354	PL88	Urea	15	728
311	PL19	Coproparasitologico seriado	49	219
343	PL59	Serologia para chagas HAI	35	293
302	PL16	Trigliceridos	40	251
298	PL14	Colesterol	35	244
324	PL3	Amilasa pancreatica	25	287
294	PL1	Acido urico	30	206
326	PL34	Frotis tincion GHRAM	20	266

ANEXO 31. RESULTADOS DEL SIMULADOR

1. ESTRUCTURA DE INVERSIÓN Y TIPOS DE EMPRESA

INVERSIONES	TOTAL (Bs)	PARTICIPACION (%)	TIPO DE EMPRESA Según su Actividad
1. FIJA	283.803	86,05%	EMPRESA INDUSTRIAL
2. DIFERIDA	12.604	3,82%	
3. CORRIENTE	33.400	10,13%	
TOTALES:	329.807	100,00%	0
TIPO DE EMPRESA Según su Tamaño:			PEQUEÑA EMPRESA

Monto préstamo	Plazo	Periodo de Gracia	Interes	Año Desemb.	Tipo Amortización
138.803	5	0	5,0%	0	1

AÑO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Saldo Deudor	138.803	111.042	83.282	55.521	27.761	0
Interes (I)		6.940	5.552	4.164	2.776	1.388
Amortización (A)		27.761	27.761	27.761	27.761	27.761
Total cuota (I+A)		34.701	33.313	31.925	30.537	29.149

N°	ACTIVOS TANGIBLES	MONTO (Bs.)	Tasa de Depreciación	Vida Útil/Año	Depreciación Anual	Vida Útil de Plan	VALOR Residual (Bs)
						5	
1	0	0	0,0%	0	0	0	0
2	0	0	0,0%	0	0	0	0
3	Maquinaria y Equipo	213.415	20,0%	5	42.683	213.415	0
4	Equipo de Computación	22.600	25,0%	4	5.650	28.250	0
5	0	0	20,0%	5	0	0	0
6	Muebles y Enseres	40.238	10,0%	10	4.024	20.119	20.119
7	0	0	25,0%	4	0	0	0
8	0	0	12,5%	8	0	0	0
9	Equipo de Oficina	7.550	100,0%	1	7.550	37.750	0
10	0	0	100,0%	1	0	0	0
TOTAL:		283.803			59.907		20.119

1. EVALUACION DE LA RENTABILIDAD ECONOMICA Y FINANCIERA:

Tasa de Actualización	2,74%	DECISION DEL INVERSIONISTA
VAN	1.200.690	SE ACEPTA
TIR	93,23%	SE ACEPTA
B/C	4,64	SE ACEPTA
PRI	3,07	ESPERAR MÁS DE 3 AÑOS, No conviene
DIVIDENDOS / mes	13.033	ACEPTA INVERTIR

RESULTADOS GENERALES FLUJO DE CAJA FINANCIERO

DETALLE	INVERSIÓN AÑO "CERO"	ETAPA DE PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN (AÑOS)				
		1	2	3	4	5
A: TOTAL INGRESOS EFECTIVOS	0	3.503.482	3.528.707	3.554.113	3.579.703	3.658.996
B: TOTAL EGRESOS EFECTIVOS		3.190.696	3.210.151	3.229.753	3.249.504	3.282.784
FLUJO DE CAJA NETO (A-B)	-328.807	312.786	318.556	324.360	330.199	376.212
Flujo de Caja Acumulado		312.786	631.341	955.702	1.285.901	1.662.112

ANEXO 32. LOS TRES ANÁLISIS MÁS DEMANDADOS EN LA CIUDAD DE TUPIZA

SERVICIOS	COSTO
1 Hemograma completo	35
2 Glicemia	35
3 Examen general de orina	25

ANEXO 33. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (SEGUNDA ETAPA TALLER DE PROFESIONALIZACIÓN II)

Nº	ACTIVIDAD	DURACIÓN
1	revisión del perfil y marco teórico	1 semana
2	analisi micro entorno y macro entorno	2 semanas
3	investigación de mercados	4 semanas
4	plan de marketing	3 semana
5	plan de operaciones	1 semana
6	plan de organización y de recursos humanos	1 semana
7	plan financiero	1 semana

Fuente: Elaboración propia.

N°	ACTIVIDAD	TIEMPO- SEMANAS													
		Febrero	Marzo				Abril				Mayo				
		4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Revisión de datos secundarios														
2	Revisión del perfil y marco teórico														
3	Análisis micro y macro entorno														
4	Investigación de mercados														
5	Plan de marketing														
6	Plan de operaciones														
7	Plan de organización y de Recursos Humanos														
8	Plan financiero														

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 34. DOS AREAS DE QUIMICA CLINICA Y HEMATOLOGIA

Según la normativa de INLASA Instituto Nacional de Laboratorios de Salud "Dr Nestor Morales Villazón"

Número	Servicio	Costo Bs
1	Acido Urico (Uricemia)	30,00
2	Albumina	25,00
3	Bilirrubinas (BT-BA-BI)	35,00
4	Calcio Sérico dosificación	35,00
5	Colesterol	35,00
6	Colesterol HDL-LDL	35,00
7	Creatinina	35,00
8	Creatinuria (en orina)	35,00
9	Cuadro Hemático (Hemograma completo)	35,00
10	Creatina Kinasa-CK	35,00
11	Creatina Kinasa-MB	55,00
12	Cuantificación de Fibrinógeno	30,00
13	Depuración de la creatinina Endógena (Creatinina-Creatinuria en orina)	60,00
14	Examen Citoquimico en líquido Cefalorraquideo	80,00
15	Examen Citoquimico de líquido Sinovial	80,00
16	Examen Citoquímico de líquido Ascitico	80,00
17	Examen General de Orina	25,00
18	Hierro TIBC	60,00
19	Fosfatasa Alcalina	35,00
20	Fósforo	35,00
21	Fragilidad Osmotica o resistencia globular	40,00
22	Gamma Glutamil Transferasa GGT	30,00
23	Glicemia – glucosa	35,00
24	Glicohemoglobina	80,00
25	Grupo Sanguíneo y Factor RH	30,00
26	Hepatograma (Trans.-bilirub.- Fosf. Alc,GGT)	145,00
27	Hierro o Hierro Sérico	35,00
28	Hematocrito, Hemoglobina	20,00

29	Identificación de Du	35,00
30	Leucograma	20,00
31	Lactato deshidrogenasa LDH ó HDL	35,00
32	Plaquetas (Recuento)	30,00
33	Proteinemia – Proteínas Totales	25,00
34	Proteinuria en Orina de 24 horas	30,00
35	Prueba de Coombs Directa	30,00
36	Prueba de Coombs Indirecta	30,00
37	Reticulocitos (recuento)	30,00
38	Test de Embarazo suero/orina	30,00
39	Tiempo de Protrombina	35,00
40	Tiempo de Sangría y recalcificación	30,00
41	Transaminasas AST- ALT GPT – GOT-SGPT -SGOT	55,00
42	Tiempo de Tromboplastina parcial activada- TTPA	50,00
43	Transferrina	50,00
44	Curva de tolerancia a la glucosa (5 muestras) c/u Bs20	100,00
45	Triglicéridos	40,00
46	Uremia -NUS – Nitrógeno Ureico – Urea – BUN	35,00
47	Control de Calidad de Hematología semestral	100,00
48	Control de Calidad de Hematología anual	200,00
49	Control de Calidad de Química Clínica semestral	200,00
50	Control de Calidad de Química Clínica anual	400,00
51	Potasio	55,00
52	Sodio	55,00
53	Cloro	25,00
54	Fosforo en Orina	35,00
55	Calcio en Orina	35,00
56	Acido Urico en Orina	35,00
57	Morfología de glóbulos rojos en orina	30,00
58	Eósinofilos nasales	30,00
60	Glicemia postprandial	60,00
61	reactivo de Azul de cresilo brillante (x 1ml)	6,00
62	V.E.S. (Velocidad de eritrosedimentacion)	15,00
63	Coagulograma (Tiempo sangria y recalcificacion, tiempo de protombina)	65,00

64	Perfil Lipidico (Colesterol, Colesterol HDL – LDL, Trigliceridos)	110,00
65	Electrolitos (Potasio, Sodio, Cloro)	135,00
66	Dimero D	160,00