Página 1 de 73	PROCEDIMIENTO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICÍA NACIONAL
Código:2BS-FR-0036		
Fecha: 27/06/2021	INVITACION CONVOCATORIA MINIMA CUANTIA	
Versión: 1		

Bucaramanga,

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN RASES N°5 MIC 052 2021

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de proporcionar la

MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta que el valor estimado del presente proceso no supera el 10% de la Menor Cuantía para la Entidad, el proceso de selección se debe adelantar bajo la modalidad de Selección de Mínima Cuantía, de conformidad con lo previsto en el Artículo 94 CAPÍTULO VII Disposiciones para prevenir y combatir la corrupción en la contratación pública de la Ley 1474 de 2011 y en el Articulo 2.2.1.2.1.5.2. Procedimiento para la Contratación de Mínima Cuantía del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

<table>
<tr><td>Objeto</td><td>"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER.
<table>
<tr><th>CLASIFICACIÓN UNSPSC</th><th>SEGMENTO</th><th>FAMILIA</th><th>CLASE</th></tr>
<tr><td>85121902</td><td>MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS</td><td>MEDICAMENTOS</td><td>Farmacéutica</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Presupuesto</td><td>El valor estimado de la presente contratación es por la suma de <u>DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($10.000.000,00)</u> incluido IVA, distribuidos por rubros de la siguiente manera:

Vigencia 2021: CINCO MILLONES DE PESOS MCTE.($ 5.000.000)
Vigencia 2022: CINCO MILLONES DE PESOS MCTE $ 5.000.000.
Valor Total: DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE $ 10.000.000

El anterior presupuesto está amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 53221 SFI No. 502 del 30 de septiembre de 2021, expedidos por la Oficina de Presupuesto.</td></tr>
<tr><td>Forma de adjudicación del proceso</td><td>Se adjudicará el contrato al oferente con el MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO aplicable a cada ítem; que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento con segundo MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado.

De no quedar ningún oferente habilitado se declarará desierto el proceso, mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP II.</td></tr>
<tr><td>Plazo de ejecución</td><td>El plazo de ejecución será a partir de la aprobación de la garantía única y expedición de la carta de inicio hasta el 31 de marzo de 2022 o hasta agotar presupuesto o lo primero que ocurra.</td></tr>
<tr><td>Lugar de prestación de los servicios y Forma de Ejecución</td><td>El oferente deberá suministrar y dispensar los medicamentos en las droguerías o farmacias que relacionen en su oferta, garantizando el suministro en los municipios y corregimientos del Departamento Norte de Santander, (municipios más adelante relacionados) para nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de tracto sucesivo, de acuerdo a las necesidades de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, previa coordinación con el supervisor del contrato.

El punto de suministro a contratar debe contar con el cumplimiento de las exigencias mínimas según lo contemplado por el Ministerio de Protección Social

DESCRIPCIÓN DEL PUNTO DE DISPENSACIÓN.</td></tr>
</table>

El punto de dispensación se regirá por las siguientes características:
El contratista deberá garantizar que los puntos de dispensación tengan el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación que exige el Ministerio de Protección Social, Secretaría de Salud o entidad competente.

PUNTOS DE ATENCIÓN:

ITEMS	MUNICIPIO	DROGUERIA	DIRECCION	TELEFONO
1	ARBOLEDAS	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
2	BOCHALEMA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
3	BUCARASICA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
4	CÁCOTA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
5	CHINÁCOTA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
6	CHITAGÁ	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
7	CUCUTILLA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
8	DURANIA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
9	EL TARRA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
10	EL ZULIA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
11	GRAMALOTE	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
12	HERRÁN	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
13	LABATECA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
14	LOURDES	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
15	MUTISCUA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
16	PAMPLONITA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
17	PUERTO SANTANDER	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
18	RAGONVALIA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
19	SALAZAR DE LA PALMAS	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
20	SAN CAYETANO	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
21	SANTIAGO	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
22	SARDINATA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
23	SILOS	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
24	TEORAMA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
25	TIBÚ	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
26	TOLEDO	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
27	VILLA CARO	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
28	AGUA CLARA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
29	BANCO DE ARENA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
30	BUENA ESPERANZA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
31	CAMPO DOS	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
32	CARMEN DE NAZARETH	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
33	CORNEJO	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
34	EL TARRA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
35	GUAMALITO	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
36	LA DON JUANA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
37	LA GABARRA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
38	LAS MERCEDES	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
39	PETROLEA	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
40	REFINERÍAS	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.
41	TRES BOCAS	Se debe relacionar razón social del punto de dispensación	Relacionar dirección del punto de dispensación	Relacionar un número de teléfono fijo o celular.

El suministro de medicamentos se prestará una vez entregada la fórmula médica debidamente diligenciada por el profesional médico u odontólogo y autorizada por el Supervisor del Contrato o a quien este delegue, con presentación del documento de identidad del usuario, cumpliendo con todos los requisitos exigidos al respaldo de la misma:

1. TODAS LAS CASILLAS DE LA FORMULA DEBEN ESTAR DILIGENCIADAS.

LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS DEBEN REGISTRARSE EN NOMBRE GENÈRICO, CONCENTRACION, VIA DE ADMINISTRACION, PRESENTACION Y CANTIDAD EN NÚMERO Y LETRAS.
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LA FORMULA
EL USUARIO SOLO FIRMARA EL RECIBIDO CUANDO HAYA OBTENIDO LA TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS A SATISFACCION

Máxima prescripción: La prescripción y por tanto la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3

<table>
<tr><td></td><td>días calendario.

Verificación Derechos del usuario: Los medicamentos deben ser entregados previa presentación de los documentos, que identifican el tipo de usuario, así:

<table>
<tr><th>USUARIO</th><th>DOCUMENTOS SOPORTES</th></tr>
<tr><td>Activos</td><td>cédula de ciudadanía</td></tr>
<tr><td>Retirados</td><td>cédula de ciudadanía</td></tr>
<tr><td>Pensionados</td><td>Cédula de ciudadanía.</td></tr>
<tr><td>Beneficiarios</td><td>Cédula Ciudadanía, Tarjeta de identidad o Registro Civil)</td></tr>
</table>

Nota 2: Cuando se requieran medicamentos que no hayan sido incluidos en la descripción inicial de las condiciones técnicas, podrán ser prestados previa aprobación por escrito del ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5, supervisor y jefe de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. Los valores que el CONTRATISTA cubre por estos medicamentos, no podrán exceder los precios del mercado, por lo cual obliga al supervisor a realizar estudios de mercado y aprobar el precio más conveniente con su respectivo descuento. El CONTRATISTA deberá sujetarse a dichos precios del mercado.</td></tr>
<tr><td>Forma de pago</td><td>LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. No. 5 RASES efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. No. 5 RASES, serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

RADICACIÓN DE FACTURAS: El contratista estará en la obligación, a partir del inicio de la ejecución del contrato, a cargar en la plataforma de Colombia Compra Eficiente - SECOP II las facturas y a presentar mensualmente en la ventanilla única de central de cuentas del grupo financiero de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, la facturación en medio físico de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato, dicha facturación deberá ser radicada a más tardar el día 10 de cada mes

Por otro lado, de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020, el Ministerio de Hacienda implemento la plataforma Olimpia, mediante el cual se ejecutara el proceso de recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito y notas crédito al igual que el proceso de recepción de documentos electrónicos para el pago de las obligaciones, por lo anterior, el contratista adicionalmente deberá radicar las facturas de manera electrónica en dicha plataforma, así

1. Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.

2. Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.

3. Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura Notas, lo siguiente: #$ luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, finalizando con #$, debidamente separados por punto y coma.

4. Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.

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

6. Enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico - Documento zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, debidamente separados por punto y coma

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

Dando aplicabilidad a la ley 594 de 2000 ley general de archivo, la presentación de las facturas de los</td></tr>
</table>

servicios prestados ante la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander deberá ser en una carpeta color blanco desacificada en propalcote para organización de archivos tamaño oficio, la documentación que va a ser objeto de foliación debe estar previamente ordenada, respetando el principio de orden original, ubicando los documentos en las unidades de conservación, de acuerdo con la secuencia lógica de los trámites, en forma cronológica. Los documentos objeto de foliación, deben ser depurados, es decir, se les deben retirar copias o duplicados idénticos, folios en blanco, documentos de soporte o apoyo, material metálico (ganchos legajadores de metal, clips de metal o grapas). Las carpetas que no cumplan con las especificaciones anteriormente dispuestas serán devueltas desde la ventanilla de radicación

NOTA En caso que desde el nivel central se realice modificación para el trámite de facturación y pagos de los servicios contratados, el Contratista se compromete a ajustarse a estos a través de las plataformas y/o medios que se dispongan para los mismos. Para lo anterior se contará con un tiempo prudencial de 30 días con el objeto que las partes identifiquen plenamente la funcionalidad de la plataforma y/o medios que se requieran implementar

PARAGRAFO PRIMERO: Documentos que se deben presentar para el pago de los BIENES SUMINISTRADOS ASI

Enviar la facturación en físico con el respectivo certificado de pre-radicado del Módulo de Radicación de Cuentas Medicas los cinco (5) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la **Ventanilla Única de Central de Cuentas del grupo financiero la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, ubicada en la calle 22 N 2E 03 urbanización tasajero, con los siguientes soportes**

1. Certificado de Pre radicado generado en el Módulo de radicación de Cuentas Medicas.
2. Formula médica expedida por el médico tratante de la red externa contratada y red propia, acompañada de Comprobante de Entrega, Comprobante de Pendientes entregados (Si hubiera lugar), Comprobante de Devoluciones (Si hubiera lugar, solo ámbito hospitalario).
3. Recibo a satisfacción expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO.
4. Los medicamentos de ALTO COSTO deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas.
5. Fotocopia de la cedula de ciudadanía del usuario.
6. Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD .No. 5 RASES para realizar la auditoria respectiva.
7. Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila
8. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los bienes que fueron suministrados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.
9. Allegar formato No controlado de Autorización de medicamentos.

NOTA: Una vez se surta el proceso completo de auditoría médica a las facturas, le corresponderá a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER enviar en físico la facturación con la correspondiente documentación lista para el pago a la Regional de Aseguramiento en Salud No 5 ubicada en la Avenida 61 No 10-200 Bario Real de Minas Bucaramanga

CAUSALES DE NO PAGO

a) Todo bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN y aprobado por esa instancia del Nivel Central. **Nota:** Se aclara que la Dirección de Sanidad continua implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 052 del 2013 del SSMP y específicamente para las solicitudes por Comité Técnico Científico CTC.
b) Todo bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN.
c) Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.
d) Los bienes que se suministren una vez agotado el presupuesto oficial contratado, y que no se cuente con adicional debidamente respaldado por un registro presupuestal, salvo en las excepciones de urgencia propiamente justificado conforme a las disposiciones legales vigentes por la Superintendencia Nacional de Salud.

OBJECIONES Y GLOSAS:

El Decreto 4747 de 2007. "por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", define en su artículo 22 que el Manual Único de Glosas, devoluciones y Respuestas que expida el Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud) será obligatoria adopción por todas las Entidades. Dicho Manual fue expedido mediante la Resolución 3047 de 2008, la cual fue adicionada por la Resolución 416 de 2009, creando la causal de glosa por incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivita y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

	Para los conceptos de facturación que no tenga objeción, se dará trámite para pago. En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas serán emitidas por el Medico Auditor dentro de los tiempos establecidos por la Ley 1438 de 2011 en su artículo 57. Si una vez verificada la cuenta, el medico auditor determina que hay una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, actuará dentro de los tiempos establecidos según Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" en su artículo 57 "tramite de glosas *"(...)* *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la prestación de la factura con todos los soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.* *El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.* *Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.* *Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de Sanidad Policial, que no debe superar los sesenta (60) días hábiles posteriores a la radicación).* *(...)"* Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. (Ver manual de único de glosas, devoluciones y respuestas del Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad
Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes: a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. b. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. c. Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley. d. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo. e. Cuando el objeto social o actividad mercantil del proponente, indicado en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil no faculte a la sociedad o persona natural para desarrollar la actividad materia de la futura contratación, exigencia que aplica a cada uno de los integrantes de Consorcios, Uniones Temporales u otra forma de asociación, si hay lugar a ello. f. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. g. Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. h. Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos. i. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. j. La NO presentación de los documentos habilitantes dentro del plazo establecido en el requerimiento de la unidad. k. En el evento de exigir oferta Total, ésta se rechaza si sobrepasa el presupuesto oficial asignado al proceso o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se permite la presentación de oferta parcial por grupo, se rechaza la oferta del grupo si sobre pasa el presupuesto oficial asignado al mismo o si sobrepasa el precio estimado de alguno de los ítems que lo conforman; si se acepta oferta parcial por ítem, se rechaza la oferta del ítem si sobrepasa el precio estimado asignado al mismo. l. Cuando la oferta se registre en Secop II en forma extemporánea o en un proceso diferente. De acuerdo, a los lineamientos del Secop II la propuesta debe ser ingresada a la plataforma por parte de los proveedores en la fecha y hora indicada en la plataforma. En ningún caso la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5, se hara responsable del retraso en el ingreso de las propuestas, toda vez que el aplicativo no es administrado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5, siendo única y exclusiva responsabilidad del proveedor disponer del tiempo necesario para el ingreso oportuno a la del cierre del presente proceso.

	m. Cuando la oferta no se ajuste a la forma de adjudicación establecida. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5, declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, la cual se publicará en el SECOP. En los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con la Tarifa que ofrezca MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO PARA TODOS LOS ÍTEMS **y** que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO PARA TODOS LOS ÍTEMS, que cumpla con las condiciones requeridas en el presente proceso. En caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO OFERTADO PARA TODOS LOS ÍTEMS** y así sucesivamente hasta obtener un oferente habilitado.
Procedimiento en caso de empate	De conformidad con el numeral 7 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, en caso de empate, la entidad estatal aceptará la oferta que haya sido presentada primero en el tiempo.
Adjudicación con oferta única	De acuerdo al Artículo 2.2.1.1.2.2.6 del Decreto 1082 de 2015, "La Entidad Estatal puede adjudicar el contrato cuando sólo se haya presentado una oferta siempre que cumpla con los requisitos habilitantes exigidos y satisfaga los requisitos de los pliegos de condiciones, sin perjuicio de las disposiciones especiales establecidas en la ley y el presente decreto para la subasta inversa, el concurso de méritos y las reglas particulares para los procesos con convocatoria limitada a las Mipyme".
Información de aceptación de la oferta	Con la comunicación de aceptación de la oferta publicada en el SECOP II, el proponente seleccionado quedará notificado de la aceptación de su oferta.
Análisis de garantías: **tipificación, estimación y asignación del riesgo**	Las contenidas en el Anexo N° 2 de la presente Invitación.
Invitación Veedurías	QUE EN CUMPLIMIENTO EN LO DISPUESTO EN LA LEY 80 DE 1993, SE CONVOCA A TODAS LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS, PARA QUE PARTICIPEN EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL Y POSTCONTRACTUAL DEL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 80 DE 1993 Y LA LEY 850 DE 2003.

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES

Los proponentes deberán presentar su oferta escaneada en original y con los siguientes documentos en la página de Colombia Compra Eficiente – SECOP II así:

2.1 DE ORDEN JURÍDICO

- ✓ Carta de presentación de la oferta de acuerdo al Formulario N° 1 de la presente invitación firmada por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica).
- ✓ Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matricula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a un (1) mes.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultará los antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultara el certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultara el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC del representante legal
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal. Para el caso de Persona Natural, declaración juramentada, en la cual el oferente a nombre propio certifique el pago de los aportes parafiscales e indique que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad. En caso de ser el proponente persona *natural o jurídica* sin personal a cargo y por ende no estar obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, certificará bajo la gravedad de juramento dicha situación.
- ✓ Registro Único Tributario.
- ✓ Certificación Bancaria vigente.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (**Diligenciar Formulario N° 2 de la presente invitación**).
- ✓ Compromiso anticorrupción suscrito por el oferente **(persona natural o representante legal de la persona jurídica) (Diligenciar Formulario N° 3 de la presente invitación).**

2.2 DE ORDEN TÉCNICO

2.2.1 CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS

a. Los factores de verificación técnicas están descritos en el **ANEXO No. 1 ESPECIFICACIONES TECNICAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS, CUMPLE o NO CUMPLE.**

Según lo establecido en el **ANEXO No. 1** el Oferente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes documentos:

- a. Autorización para la distribución de medicamentos: El oferente deberá adjuntar con su propuesta autorización expedida por autoridad competente para la distribución de medicamentos.
- MANUAL DE PROCESOS ADMINSITRATIVOS: El punto de dispensación de medicamentos debe contar con un manual de procesos y procedimientos para; adecuada recepción, adecuado almacenamiento y conservación de medicamentos según las especificaciones de los fabricantes.
- El registro ante la Unidad Administrativa Especial de Salud, para la vigencia 2021, dando cumplimento a las normas exigidas en el decreto 677 de 1995, decreto 2200 de 2005 y resolución 1403 de 2007. Así mismo se debe establecer dentro del mismo documento que la droguería se encuentra autorizada para la comercialización y distribución de medicamentos y dispositivos médicos a nivel mayorista, cada dispensador deberá aportar esta información.

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL El contratista deberá mediante certificación escrita firmada por el representante legal de la entidad, manifestar que cuenta con la capacidad administrativa y operacional y con la infraestructura física y el recurso humano suficiente para el suministro de los insumos del laboratorio.

b. Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio.

El OFERENTE deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar, **máximo tres (3)** certificaciones o copias de contratos ejecutados, con concepto favorable de la ejecución de los contratos, cuyo objeto sea similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 50% del valor del presupuesto asignado para esta contratación. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica:

- Fecha de inicio de la contratación
- Fecha de término de la contratación
- Valor de la contratación
- Objeto contractual
- Número del contrato
- Firma del representante legal contratante
- NIT del contratante
- Dirección del contratante
- Teléfono del contratante
- Membrete de la entidad que lo expide
- Cumplimiento.

No serán tenidas en cuenta las Certificaciones que presenten incumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la Seccional Sanidad Santander actualmente Regional de aseguramiento en salud 5 y/o Unidad Prestadora de Servicios de Salud Norte de Santander, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, la Unidad verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.

Este aspecto se verificará en el **Anexo 1** Especificaciones Técnicas mínimas

2.2.2. COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS:

La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es necesario que los oferentes CUMPLAN y presenten los requerimientos descritos a continuación:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Resolución 3100 Del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud."
3. Decreto 2200 de junio de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
4. Resolución 1604 de 2013 Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones
5. Resolución 1403 de 2007 Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones
6. Resolución 444 de 2008 por la cual se adopta el Instrumento de Verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración de preparaciones magistrales y se dictan otras disposiciones
7. Resolución 1478 del 2006 Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado
8. Decreto 677 de 1995 Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia
9. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR **ANEXO No. 5 DE LA PRESENTE INVITACION "CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.**

2.2.2.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO:

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contando como mínimo en su oferta de personal con un. **PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO No. 6 DE LA PRESENTE INVITACION "NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.**

Regente de farmacia o quimico farmceutico
Auxiliares en servicios farmaceuticos
Tecnico o tecnólogo en químicos

El oferente deberá presentar los siguientes documentos por cada dispensador en los Municipios: copia de la cedula, copia del título otorgado por una institución de educación acreditada ante el ICFES, certificado de inscripción ante el ente rector de la Salud del Departamento de Norte de Santander, como expendedor de Medicamentos

ADEMAS, EL OFERENTE DEBERA DILIGENCIAR EL ANEXO No. 7 de la presente invitación **"RELACIÓN DE TALENTO HUMANO"**

2.2.3 CAPACIDAD OPERATIVA

La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones y elementos necesarios en la ciudad de Cúcuta - Departamento Norte de Santander, Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad en la prestación de los servicios en la entrega de medicamentos descritos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad y su respectiva atención oportuna, la entidad debe ofrecer los medios, instalaciones administrativas y operativas, equipos, transporte y elementos necesarios en los Municipios y corregimientos del Departamento Norte de Santander, para llevar a cabo el cumplimiento del presente proceso.

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO No. 8 DE LA PRESENTE INVITACION "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.

OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES

2.2.4. RELACIÓN EQUIPOS UTILIZADOS HOJA DE VIDA: El Oferente deberá diligenciar y adjuntar a su propuesta el **ANEXO No. 9 HOJA DE VIDA EQUIPOS** de la presente invitación que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL relacionada con la Hoja de vida de los equipos utilizados para el cumplimiento del presente proceso.

2.2.5. El **Oferente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes documentos** relacionados con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo **(SG-SST)**.

- ✓ **Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL)** sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" **(puntaje entre el 60% y 85..... %)** y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

- ✓ Diligenciar **ANEXO N° 11** de la presente invitación **FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** firmado por el Representante Legal de la entidad oferente

- ✓ Registros Sanitarios (INVIMA) El oferente deberá presentar con su oferta certificación de que todos los medicamentos que ofrece CUENTAN CON REGISTROS SANITARIOS (INVIMA) vigentes, de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Protección social, según decreto 677 de 1995 y demás normas reglamentarias vigentes. **ANEXO No. 10. DECLARACION REGISTROS SANITARIOS INVIMA VIGENTES. En caso que se encuentre en trámite algún registro INVIMA así también deberá manifestarlo en la propuesta anexando el respectivo soporte**

- ✓ **CERTIFICACIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO:** El oferente deberá presentar certificación en donde se compromete a entregar insumos con fechas de vencimiento de MINIMO un año. **ANEXO No. 13. CERTIFICACION DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS**

- ✓ **ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS:** El almacenamiento de los medicamentos en el depósito o bodega que maneja el contratista debe cumplir con los siguientes requisitos:

  - ✓ Medición de humedad y temperatura.
  - ✓ Control de plagas.
  - ✓ Control red de frio.
  - ✓ Sección de controlados.
  - ✓ Zona de rechazados.
  - ✓ Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos
  - ✓ Todas las normas exigidas por el Ministerio de Protección Social para este efecto

- ✓ Diligenciar y presentar **ANEXO No. 14** de la presente invitación "**COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES**" firmada por el Representante Legal de la entidad oferente.

- ✓ **Certificación de Suministro de Medicamentos en casos especiales:** En caso de requerir moléculas que no se encuentran en el listado establecido, podrán ser suministradas previa aprobación por escrito del ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5, supervisor y jefe de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. Los valores que el CONTRATISTA cubre por estos medicamentos, no podrán exceder los precios del mercado, por lo cual obliga al supervisor a realizar estudios de mercado y aprobar el precio más conveniente con su respectivo descuento. El CONTRATISTA deberá sujetarse a dichos precios del mercado

- ✓ Diligenciar **ANEXO 17 CERTIFICACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CONSIDERADOS CASOS ESPECIALES**.

- ✓ **Certificación de Inventario Mínimo:** El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que los puntos deben contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). El CONTRATANTE o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de esta condición, en cualquier momento. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el **ANEXO. 15 CERTIFICACION DE INVENTARIO MINIMO**

- ✓ **certificación cubrimiento de los puntos de suministro ofertados por el Departamento Policía Norte de Santander, días de atención y horarios :** El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que se compromete a suministrar los medicamentos garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, puntos que deberán funcionar a partir del inicio de ejecución del contrato, siete (07) días a la semana de lunes a Domingo, durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 07:00 a las 19:00 horas en jornada continua

➢ Los proponentes interesados deberán demostrar mediante certificación o documento privado, que cuentan con puntos de dispensación en los Municipios y corregimientos del departamento de Policía Norte de Santander (municipios más adelante relacionados).

➢ Los PUNTOS DE SUMINISTROS, se pueden ofertar a través de Farmacias y/o Droguerías propias o en su defecto droguerías con las cuales se tenga convenio, para lo cual se deberá allegar el respectivo documento donde conste la vinculación la cual no podrá ser inferior a la vigencia del futuro contrato con

➢ Diligenciar el **ANEXO 18 CERTIFICACION CUBRIMIENTO DE LOS PUNTOS DE SUMINISTRO REQUERIDOS COMO MINIMO Y OFERTADOS, DIAS DE ATENCION Y HORARIOS.**

➢ **PRESENTACIÓN DE PLANES DE GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS.**

➢ El proponente deberá presentar su Plan de **GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS** siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos-consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el **ANEXO No. 16 DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS.**

DE ORDEN ECONÓMICO

El único factor de evaluación económica es el precio, teniendo en cuenta que este proceso de contratación se realizará mediante la modalidad de Mínima Cuantía de acuerdo al Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015; siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas exigidas. Al momento de la entrega de las propuestas se determinará el orden de elegibilidad comenzando por la oferta con mayor porcentaje de descuento UNICO OFERTADO sobre el total de los ítems.

Al momento de la entrega de las propuestas se determinará el orden de elegibilidad. Se verificaran los requisitos habilitantes del oferente con el **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO**. De no cumplir se verificaran los requisitos habilitantes al oferente con el segundo **MAYOR PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO.**

Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas No se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto de conformidad con lo establecido en el Decreto 1082 de 2015

- ✓ **Diligenciar ANEXO N° 12 OFERTA ECONÓMICA.**
- ✓ **Propuesta Económica presentada por el oferente en la Plataforma SECOP II.**

CRONOLOGÍA DEL PROCESO

La cronología del proceso se desarrollará de acuerdo a los parámetros y criterios establecidos por Colombia compra eficiente a través de la plataforma del SECOP II https://www.colombiacompra.gov.co/

Publicación de la invitación	Lugar: Pagina de Colombia Compra Eficiente - SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ Fecha establecida en la página de Colombia Compra
Observaciones a la Invitación Pública	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública, dentro de los Dos días hábiles siguientes a la publicación en la página de Colombia Compra - SECOP II. **NOTA:** No se absolverán consultas efectuadas telefónicamente o en forma personal, sola será tenida en cuenta en este proceso, la información recibida a través de la página de Colombia compra eficiente - SECOP II.
Entrega de propuestas	Lugar: Colombia Compra Eficiente - SECOP II. https://www.colombiacompra.gov.co/ En la fecha y hora establecida en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II.
Evaluación de las Propuestas, Verificación y/o solicitud de los Requisitos Habilitantes.	Dentro de los DOS días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas.
Subsanación de documentos	Dentro del día hábil siguiente al requerimiento de la entidad
Publicación de la Evaluación y verificación	Dentro del día hábil siguiente a la fecha de Subsanación
Observaciones a la Evaluación.	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas, dichas solicitudes deberán formularse por escrito en la página de Colombia Compra Eficiente - SECOP II. Los documentos subsanables deberán presentarse hasta dentro de los términos fijados por la entidad, para la subsanación de documentos. Los documentos que se presenten con posterioridad al término señalado no serán tenidos en cuenta
Respuesta a observaciones y/o Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los tres días hábiles siguientes al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.

a. La validez de la oferta será de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de presentación.

b. De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación SECOP II hasta el día anterior a la fecha establecida para la recepción de las ofertas.

SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el Responsable TRASCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER **o quien haga sus veces o a quien con posterioridad designe el Contratante, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a lo normado en la Ley 1474 de 2011 y conforme a lo establecido en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".**

- El Contratante aplicará mecanismos de seguimiento a la ejecución y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del contrato.
- De común acuerdo se establecerán los mecanismos para la solución de conflictos que pudieran presentarse durante la ejecución del contrato.
- El CONTRATISTA deberá designar un Coordinador para que en conjunto con el supervisor del contrato por parte del Contratante, den solución a los posibles inconvenientes que puedan presentarse durante el desarrollo y ejecución del contrato.

Atentamente;

Teniente Coronel CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°5

Elaborado por: SI. OSCAR ESPINOSA BARRIOS
Analista Grupo Contratos
Revisó: CT. ERIK GABRIEL RAMOS MARZOLA
Jefe Grupo Contratos
Revisó y Avaló: PS-16 JENNY FERNANDA CACERES VILLABONA
Asesora Jurídica RASES
Vo. Bo. CT. JAVIER ORLANDO MARTINEZ CARDENAS
Jefe Administrativo
Fecha elaboración: 13/10/2021

ANEXO No. 1
"ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITABLES"

NOTA: FAVOR MARCAR CON "X" CUMPLE Ó NO CUMPLE SEGÚN CORRESPONDA.

N°	CONDICIONES TÉCNICAS	CUMPLE	
		SI	NO
1	**EL OFERENTE DEBERE ENTREGAR FORMALMENTE JUNTO CON LA PROPUESTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS** Los factores de verificación técnica están descritos en el **ANEXO N°. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS** del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE, por lo cual el Oferente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes documentos: ➢ Autorización para la distribución de medicamentos: El oferente deberá adjuntar con su propuesta autorización expedida por autoridad competente para la distribución de medicamentos. ➢ MANUAL DE PROCESOS ADMINSITRATIVOS: El punto de dispensación de medicamentos debe contar con un manual de procesos y procedimientos para; adecuada recepción, adecuado almacenamiento y conservación de medicamentos según las especificaciones de los fabricantes. ➢ El registro ante la Unidad Administrativa Especial de Salud, para la vigencia 2021, dando cumplimento a las normas exigidas en el decreto 677 de 1995; decreto 2200 de 2005 y resolución 1403 de 2007. Así mismo se debe establecer dentro del mismo documento que la droguería se encuentra autorizada para la comercialización y distribución de medicamentos y dispositivos médicos a nivel mayorista, cada dispensador deberá aportar esta información. **CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL** El contratista deberá mediante certificación escrita firmada por el representante legal de la entidad, manifestar que cuenta con la capacidad administrativa y operacional y con la infraestructura física y el recurso humano suficiente para el suministro de los insumos del laboratorio.		
3	**Eexperiencia proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia del proponente en este tipo de contratación, la cual deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta las copias de contratos o certificaciones de máximo tres (03) contratos ejecutados con concepto favorable, cuyo objeto sea igual o similar con el objeto del presente estudio previo y cuya sumatoria sea mayor o igual al 50% del valor del presupuesto asignado al presente proceso. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 o la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 verificará la información. Según lo señalado en el Decreto 019 de 2012 Dichas condiciones se verificarán por parte del Comité Evaluador en el **ANEXO N° 2** como **CUMPLE Y NO CUMPLE.**		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL	MILILITRO		
2	ACETAMINOFEN + CODEINA 500+30 MG TAB	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
3	ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325 + 37.5 MG T	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
4	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO		
5	ACETAMINOFEN de 100 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/SUSPENSION	MILILITRO		
6	ACETAMINOFEN de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
7	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE		
8	ACETILCISTEINA de 2 % JARABE ORAL	MILILITRO		
9	ACETILCISTEINA de 600 GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE		
10	ACICLOVIR de 2 % JARABE/SUSPENSION/ ORAL	MILILITRO		
11	ACICLOVIR de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
12	ACICLOVIR de 3 % CREMA/UNGUENTO/GEL OFTALMICO	GRAMO		
13	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ VAGINAL VAGINAL C	GRAMO		
14	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ / TOPICA (EXTERNA) C	GRAMO		
15	ACICLOVIR de 800 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
16	ACIDO ACETIL SALICILICO de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
17	ACIDO ACETIL SALICILICO de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
18	ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO		
19	ALBENDAZOL 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/ O	SACHET/FRASCO		
20	ALBENDAZOL de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
21	ALCOHOL POLIVINILICO 1.4% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
22	ALENDRONATO de 70 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
23	ALFAMETILDOPA de 250 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
24	ALFAMETILDOPA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
25	ALGINATO DE SODIO + ALUMINI HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONA(0.63+2.39) G/100ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO		
26	ALOPURINOL de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
27	ALOPURINOL de 300 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
28	ALPRAZOLAM de 0,25 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
29	ALPRAZOLAM de 0,5 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
30	ALUMINIO + MAGNESIO HIDROXIDO + SIMETICONA / DIMETILPOLISILOXANO (4+4+0,4)G SUSPENSIONE	MILILITRO		
31	ALUMINIO ACETATO 0,05% CREMA TOPICA (EXT	GRAMO		
32	ALUMINIO ACETATO EMULSION/LOCION TOPICA 0,05 % (EXTERNA)	MILILITRO		
33	ALUMINIO ACETATO SOBRE POLVOS TOPICA (E	SOBRE		
34	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
35	ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO		
36	AMANTADINA de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
37	AMIKACINA 100MG/2ML AMPOLLA L	AMPOLLA/VIAL		
38	AMIKACINA 500MG/2ML AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL		
39	AMIODARONA de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
40	AMITRIPTILINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
41	AMLODIPINO de 10 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
42	AMLODIPINO de 5 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
43	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (400+57)MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
44	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (500+125)MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
45	AMOXICILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
46	AMOXICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
47	AMPICILINA + SULBACTAM 250MG/5ML JARABE/SUSPENSION ORAL	MILILITRO		
48	AMPICILINA + SULBACTAM de 375 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
49	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATOSUSPENSION ORAL250MG/5 ML	MILILITRO		
50	AMPICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
51	ANTIPIRINA + BENZOCAINA GLICERINA 50+10MG GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO		
52	ANTISEPTICO BUCOFARINGEO de 8 % SOLUCIONES	MILILITRO		
53	ASCORBICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
54	ATORVASTATINA 20MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
55	ATROPINA SULFATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
56	AZITROMICINA 200MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
57	AZITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
58	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/PULVERIZACION INHALADOR NASAL	INHALACIÓN/DISPARO		
59	BECLOMETASONA DIPROPIONA 250MCG/PULVERIZACION INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO		
60	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/INHALACION AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO		
61	BENCILO BENZOATOLOCION TOPICA25%	MILILITRO		
62	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL400.000 UI	AMPOLLA/VIAL		
63	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL800.000 UI	AMPOLLA/VIAL		
64	BENZIDAMIDA de 9,4 GRAMO POLVOS TOPICA (EX	GRAMO		
65	BETAMETASONA 0,6 % AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
66	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO (0.05+3)% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
67	BETAMETASONA 17 VALERATO de 0,1 % UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
68	BETAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
69	BETAMETASONA DIPROPIONATO 0,05% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
70	BETAMETILDIGOXINA 0.1 MG	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
71	BETAMETILDIGOXINA 0.6MG/ML GOTAS ORAL	FRASCO		
72	BIPERIDENO de 2 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/GRAGE		
73	BISACODILOTAB/CAPS/GRAG/ COMP5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
74	BRIMONIDINA TARTRATO de ,2 % COLIRIO OFTAL	MILILITRO		
75	BROMAZEPAM de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
76	BROMAZEPAMTAB/CAPS/GRAG/ COMP3MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
77	BROMOCRIPTINA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
78	BUDESONIDA 200MCG/DOSIS de 200 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO		
79	BUDESONIDA 50MCG/DOSIS de 50 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO		
80	CABERGOLINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
81	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 600MG+200U.I.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
82	CALCIO CARBONATO 600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
83	CALCIO FOSFATO + VITAMINA D 600MG+125U.I.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
84	CALCIO FOSFATO 500-600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
85	CALCITRIOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
86	CAPSAICINA 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
87	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
88	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
89	CARBAMAZEPINA de 20 MILIGRAMOS/MILILITRO SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO		
90	CARBAMAZEPINA RETARD de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
91	CARBAMAZEPINA RETARD de 400 MG TABLETAS DE LIBERACION RETARDADA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
92	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA de 10 mg/ml COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
93	CARVEDILOL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
94	CARVEDILOL de 6,25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
95	CARVEDILOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
96	CEFALEXINA 250MG/5ML JARABE/	MILILITRO		
97	CEFALEXINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
98	CEFRADINA POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL1G	AMPOLLA/VIAL		
99	CEFRADINA COMP 500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
100	CEFUROXIMA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
101	CEFUROXIMA 50 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/	MILILITRO		
102	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)SOLUCION ORAL1% (10MG/ML)	MILILITRO		
103	CETIRIZINA de 1 mg/ml JARABE/ oral	MILILITRO		
104	CETIRIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
105	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) de 1000 mcg AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL		
106	CICLOPENTOLATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
107	CICLOSPORINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
108	CICLOSPORINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
109	CIPROFIBRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
110	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (3+1)MG/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
111	CIPROFLOXACINA + FLUOCINOLONA (3+0.25)MG GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO		
112	CIPROFLOXACINA 0,3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
113	CIPROFLOXACINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
114	CIPROTERONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
115	CIPROTERONA ACETATO+ETILINESTRADIOL (2+0.035)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
116	CLARITROMICINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
117	CLARITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
118	CLEMASTINA 2MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
119	CLINDAMICINA 100 MILIGRAMOS OVULO/	OVULO/TABLETA/CAPSUL		
120	CLINDAMICINA de 1 % SOLUCIONES TOPICA (EXTER	MILILITRO		
121	CLINDAMICINA de 2 % CREMAUNGUENTO VAGINAL	GRAMO		
122	CLINDAMICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
123	CLOBAZAM de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
124	CLOBAZAM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
125	CLOBETASOL PROPIONATO (CREMA) de 0,05 %	GRAMO		
126	CLOBETASOL PROPIONATO (LOCION) de 0,05 %	MILILITRO		
127	CLONAZEPAM de 2,5 MILIGRAMOS/MILILITRO GOT	MILILITRO		
128	CLONAZEPAM 0,5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
129	CLONAZEPAM 2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
130	CLONIDINA de 0,15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
131	CLOPIDOGREL de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
132	CLORFENIRAMINA / COMP4MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
133	CLORFENIRAMINASOLUCION ORAL2MG/5 ML	MILILITRO		
134	CLOROQUINA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
135	CLOTRIMAZOL 1 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA	GRAMO		
136	CLOTRIMAZOL de 1 % CREMA/GEL/JALEA/ VAGINAL	GRAMO		
137	CLOTRIMAZOL de 100 MILIGRAMOS OVUL/ VAGINAL	ÓVULO/TABLETA VAGINAL		
138	CLOZAPINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
139	CLOZAPINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
140	COLCHICINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
141	COLESTIRAMINA ANHIDRA de 4 GRAMO POLVOS	SOBRE		
142	COLISTINA + NEOMICINA + HIDROCORTISONA (1.5+5+0.5)MG/ML GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO		
143	COMPLEJO B (INYECTABLE) MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
144	COMPLEJO B (JARABE) de 120 MILILITRO FRASCO ORAL	MILILITRO		
145	COMPLEJO B (TAB) MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
146	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) ESPUMA de 8 %	MILILITRO		
147	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) SOLUCION de 10 %	MILILITRO		
148	CORTICOIDE + ANESTESICO CREMA/UNGUENTO RECTAL	GRAMO		
149	CORTICOIDE + FENILEFRINA (1+0.12)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
150	CORTICOIDE + LIDOCAINA (5+60)MG SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO		
151	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1 MG+ 3,5 MG + (6.000-6.600 UI)) / ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
152	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1-5) MG + 3,5 MG (3500UI) + (6.000 - 10.000) UI/ 1 G UNGUENTO OFTALMICO	GRAMO		
153	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL2% (20MG/ML)	MILILITRO		
154	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL4% (40MG/ML)	MILILITRO		
155	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA2% (20MG/ML)	MILILITRO		
156	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA4% (40MG/ML)	MILILITRO		
157	CROTAMITONLOCION TOPICA10%	MILILITRO		
158	DANAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
159	DEFLAZACORT de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
160	DEFLAZACORT de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
161	DESLORATADINA de 0,5 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO		
162	DESONIDA 0.05% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
163	DESONIDA 0.05% SUSPENSION/EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO		
164	DEXAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
165	DIAZEPAM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
166	DICLOFENACO (SODICO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
167	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAVENOSO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
168	DICLOFENACO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
169	DICLOFENACO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
170	DICLOXACILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
171	DICLOXACILINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
172	DILTIAZEM de 60 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
173	DIMENHIDRINATO 50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
174	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)SOLUCION PARENTERAL2.5G/5ML	AMPOLLA/VIAL		
175	DIPIRONA + ISOMETHEPTENO + CAFEINA ANHIDRA (300+50+30)MG/ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
176	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
177	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/COMPRIM	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
178	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS OR	MILILITRO		
179	DIPIRONA MAGNESICASOLUCION PARENTERAL2G/5ML	AMPOLLA/VIAL		
180	DOMPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
181	DOMPERIDONE de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL O	MILILITRO		
182	DORZOLAMIDA CLORHIDRATO 20 MG/ML MILILITRO GOTAS OFTALMICO	MILILITRO		
183	DOXICICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
184	DOXOFILINA 100MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO		
185	ENALAPRIL de 20 MILIGRAMOS /	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
186	ENALAPRIL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
187	ERGOTAMINA + CAFEINA (1+100)MG /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
188	ERITROMICINA (ESTEARATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
189	ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)POLVO PARA SUSPENSION ORAL5% (250MG/5ML) (base)	MILILITRO		
190	ERITROMICINA 4-5 % GRAMO CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
191	ESPIRAMICINA 3 M.U.I.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
192	ESPIRONOLACTONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
193	ESPIRONOLACTONA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
194	ESTRADIOL de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
195	ESTRADIOL / ESTRADIOL + CIPROTERONA 2MG/(2+1) MG MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
196	ESTRADIOL + NORGESTREL (2+0.5) MCG MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
197	ESTRIOL de 1 MILIGRAMOS/GRAMO CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL	GRAMO		
198	ESTRIOL de 3,5 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO		
199	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
200	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,625 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
201	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOSCREMA VAGINAL0.0625% (0.625MG/G)	GRAMO		
202	ETINILESTRADIOL + CLORMADINONA (0.03+2) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
203	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (30+150)MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
204	FENITOINA SODICA 100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
205	FENITOINA SODICASUSPENSION ORAL125MG/5 ML (2.5%)	MILILITRO		
206	FENOXIMETILPENICILINATAB/C	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
207	FEXOFENADINA de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
208	FINASTERIDE de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
209	FITOESTROGENOS 40-80MG (ISOFLAVONAS) 0	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
210	FLUCONAZOL 50MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
211	FLUCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
212	FLUCONAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP150MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
213	FLUNARIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
214	FLUOROMETALONA ACETATO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
215	FLUOXETINA HCL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
216	FLUOXETINASOLUCION ORAL20MG/5 ML (base)	MILILITRO		
217	FOLICO ACIDO + COMPUESTO DE HIERRO (0,25-1) + (100-525) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
218	FOLICO ACIDO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
219	FOLICO ACIDOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
220	FOSFATO + IFOSFATO SODIO 6-16% FRASCO ORAL	MILILITRO		
221	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO RECTAL MILILITRO ENEMA RECTAL	MILILITRO		
222	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA (DIOSMINA+HESPERIDINA) de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
223	FURAZOLIDONA 50MG/15ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/	MILILITRO		
224	FURAZOLIDONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
225	FUROSEMIDA 20MG/2ML MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
226	FUROSEMIDA de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
227	FUSIDICO ACIDO 2% CREMA/UNGUENTO/GEL/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
228	GABAPENTIN 400MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
229	GABAPENTIN 600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
230	GEMFIBROZILO de 600 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
231	GEMFIBROZILO de 900 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
232	GENTAMICINA de 3 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO	MILILITRO		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
	OFTALMICO			
233	GENTAMICINA 160MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
234	GENTAMICINA 1MG/G CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
235	GENTAMICINA 80MG/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
236	GINKGO BILOBA EXTRACTO de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
237	GINKGO BILOBA / COMP80MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
238	GLIBENCLAMIDA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
239	GLICERILO GUAYACOLATO 2% JARABE	MILILITRO		
240	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO		
241	GLICERINA CARBONATADA de 1 % GOTAS OTICO AURICULAR C	MILILITRO		
242	GLIMEPIRIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
243	GLUCOSAMINA 1500 MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE		
244	HALOPERIDOL 2 MGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO		
245	HALOPERIDOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
246	HALOPERIDOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
247	HEPARINA DE BAJO P.M. de 40 MILIGRAMOS AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL		
248	HEPARINA DE BAJO P.M. de 80 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
249	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR de 60 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
250	HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA (50+5)MG TABLETA/CAPSULA/GR/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
251	HIDROCLOROTIAZIDA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
252	HIDROCORTISONA de 0,5 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO		
253	HIDROCORTISONA + AC. FUSIDICO (1+2)% CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
254	HIDROCORTISONA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
255	HIDROCORTISONA de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
256	HIDROXICINA 0,25% JARABE/SUSPENSION//ELIXIR/G	MILILITRO		
257	HIDROXICINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
258	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)TAB/CAPS/200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
259	HIDROXICLOROQUINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
260	HIERRO SACARATO INTRAVENOSO 100MG/5ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
261	HIERRO SULFATO de 125 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO		
262	HIERRO SULFATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
263	HIOSCINA BUTIL BROMURO + PARACETAMOL (2+100)MG/ML GOTAS ORAL	MILILITRO		
264	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
265	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG/MLS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
266	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA 20MG+2.5G/5ML AMPOLLA/VIAL AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
267	IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELI	MILILITRO		
268	IBUPROFENO de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
269	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP600MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
270	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP800MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
271	IMIPRAMINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
272	IMPLANTES DE PROGESTINA IMPLANTE (Hasta 3 años	KIT DE IMPLANTE		
273	INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLASOLUCION SUBCUTANEA25 + 75UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO /JERINGA PRELLENADA		
274	INSULINA ASPARTASOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO JERINGA PRELLENAD		
275	INSULINA GLARGINA de 300 UI/3ML AMPOLLA PARENTERAL	CARTUCHO-ESFERO /JERINGA PRELLENADA		
276	INSULINA GLARGINA1000UI/10mL SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA/VIAL		
277	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO /JERINGA PRELLENADA		
278	INSULINA HUMANA C de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
279	INSULINA HUMANA DETEMIR SOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO JERINGA PRELLENADA		
280	INSULINA HUMANA N de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
281	INSULINA HUMANA N/C 70/30 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
282	INSULINA LISPRO de 1000UI/10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
283	IPRATROPIO + FENOTEROL (0.25+0.5)MG/ML SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES NASAL	MILILITRO		
284	IPRATROPIO + FENOTEROL AEROSOL (20+50) mcg/pulverización	FRASCO AEROSOL		
285	IPRATROPIO BROMURO 20 MICROGRAMOS/PULVERIZ AEROSOL INHALACION	PULVERISACION		
286	ISONIAZIDA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
287	ISONIAZIDA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
288	ISOSORBIDE DINITRATO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
289	ISOSORBIDE DINITRATO COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
290	ISOTRETINOINA 10MG.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
291	ISOTRETINOINA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
292	IVERMECTINA GOTAS ORAL DE 6MG/MILILI	MILILITRO		
293	KETOCONAZOL 2% CHAMPU TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO		
294	KETOCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
295	KETOPROFENO 2.5% CREMA/L TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
296	KETOPROFENO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
297	KETOPROFENO de 100MILIGRAMOS/ 2MILILITRO AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL		
298	KETOTIFENO 0,025% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
299	KETOTIFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
300	LACTULOSA 66,7 % SOBRE ORAL	SOBRE		
301	LAMOTRIGINA 200MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
302	LAMOTRIGINA 25MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
303	LAMOTRIGINA 50MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
304	LAMOTRIGINA 5MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
305	LAMOTRIGINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
306	LANSOPRAZOL de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
307	LATANOPROST 0.005 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
308	LEFLUNOMIDE de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
309	LEFLUNOMIDE de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
310	LEVODOPA BENZERACIDA (200+50) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
311	LEVODOPA CARBIDOPA (100+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
312	LEVODOPA CARBIDOPA (250+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
313	LEVOMEPROMAZINA MALEATOSOLUCION ORAL4% (base)	FRASCO		
314	LEVOMEPROMAZINA MALEATO COMP100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
315	LEVOMEPROMAZINA MALEATO / COMP25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
316	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP 0,75 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
317	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP30MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
318	LEVOTIROXINA de 100 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
319	LEVOTIROXINA de 125 /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
320	LEVOTIROXINA de 50 Mg	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
321	LEVOTIROXINA de 75 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
322	LIDOCAINA HCL CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % X 10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
323	LIDOCAINA HCL de 2 % JALEA TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
324	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE 2% X 10ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
325	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
326	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTES (2% X 20ML) AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
327	LIDOCAINA SPRAY de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	FRASCO		
328	LITIO CARBONATO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
329	LOPERAMIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
330	LORATADINA (JARABE) de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO		
331	LORATADINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
332	LORAZEPAM de 1 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
333	LORAZEPAM de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
334	LOSARTAN de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
335	LOSARTAN de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
336	LOVASTATINATAB/CAPS/GRAG/ COMP20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
337	MEBENDAZOLSUSPENSION ORAL2% 100MG/5ML	MILILITRO		
338	MEBENDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
339	MEDROXIPROGESTERONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
340	MEDROXIPROGESTERONA de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL		
341	MEDROXIPROGESTERONA+EST RADIOLSOLUCION PARENTERAL(25+5)MG	AMPOLLA/VIAL		
342	MELOXICAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
343	METFORMINA COMP1000MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
344	METFORMINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
345	METFORMINA de 850 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
346	METILPREDNISOLONA ACETATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
347	METILPREDNISOLONA SUCCINATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
348	METIMAZOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
349	METOCARBAMOL de 750 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
350	METOCLOPRAMIDA 10MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
351	METOCLOPRAMIDA de 10 MILIGRAMOS/ 2 AMPOLL	AMPOLLA/VIAL		
352	METOCLOPRAMIDA de 4 MGS/MILILITRO GOTAS	MILILITRO		
353	METOPROLOL TARTRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
354	METOPROLOL TARTRATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
355	METOTREXATE de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
356	METOTREXATE de 50 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
357	METRONIDAZOL 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
358	METRONIDAZOL de 500 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
359	METRONIDAZOL OVULO de 500 MILIGRAMOSÓVULO/CAPSULA	ÓVULO/CAPSULA VAGINAL/TABLETA		
360	METRONIDAZOL/NISTATINA 500MG/100.000 U.I. OVULO/TABLETA VAGINAL	TABLETA VAGINAL / OVULOS		
361	METRONIDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
362	MICOFENOLATO SODICO 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
363	MICONAZOL de 2 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
364	MIDAZOLAM CLORHIDRATOSOLUCION PARENTERAL0.1% (5MG/5ML)	AMPOLLA/VIAL		
365	MIDAZOLAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
366	MINOCICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
367	MIRTAZAPINA de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
368	MISOPROSTOL de 200 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
369	MOMETASONA FUROATO de 50 MICROGRAMOS AEROSOL NASAL	INHALACIÓN/DISPARO		
370	MOMETASONA FUROATO 0.1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
371	MOMETASONA FUROATO 0.1% EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	TUBO/FRASCO		
372	MONTELUKAST de 10 MG de	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
374	MONTELUKAST de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
375	MONTELUKAST de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
376	MOXIFLOXACINA 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
377	MOXIFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
378	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. GOTAS O	MILILITRO		
379	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. JARABE	MILILITRO		
380	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
381	NAPROXEN COMP500MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
382	NAPROXENO (125MG/5ML) JARABE/ ORAL	MILILITRO		
383	NAPROXENO de 250 MILIGRAMOS Código 820100	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
384	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + ACETAMINOFEN 10/500 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
385	NIFEDIPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
386	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (OSMOTICA) de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
387	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (PROGRAMADA) de 30 MILIGRAM	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
388	NIMODIPINO de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
389	NISTATINA de 100.000 UI OVULO/TABLETA VAGINAL	TABLETA VAGINAL / ÓVUL		
390	NISTATINA de 100.000 UI/ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO		
391	NITAZOXANIDA de 2 % JARABE/ ORAL	MILILITRO		
392	NITAZOXANIDA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
393	NITROFURANTOINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
394	NITROFURAZONA 0.2% CREMA/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
395	NORETISTERONA + ESTRADIOL (1+2)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
396	NORETISTERONA + ESTRADIOL (50+5) MG/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
397	NORFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
398	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO (400GRS)	GRAMO		
399	OLANZAPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
400	OLANZAPINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
401	OLOPATADINA CLORHIDRATOSOLUCION OFT0.2%	MILILITRO		
402	OMEPRAZOL 20MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
403	OXCARBAZEPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
404	OXIBUTININO 5MG/5ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO		
405	OXIBUTINO CLORURO 5 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
406	OXIBUTINO CLORURO RETARD 10 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
	OXICODONA DE LIBERACION MODIFICADA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
407	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,025% GOTAS NASAL	MILILITRO		
408	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,05% GOTAS NASAL	MILILITRO		
409	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B (5MG+10000UI)/G UNGUENTO OFTA	GRAMO		
410	PENICILINA CRISTALINA de 1.000.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
411	PENICILINA G BENZATINICA de 1.200.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
412	PENICILINA G BENZATINICA de 2.400.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
413	PENICILINA V POTASICA 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO		
414	PENTOXIFILINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
415	PICOSULFATO 1.5 MCG/GOT MICROGRAMOS GOTAS ORAL	MILILITRO		
416	PILOCARPINA 2% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
417	PILOCARPINA 5 MG de 5	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
418	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL25MG/ML	AMPOLLA/VIAL		
419	PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)250MG/5ML (base 5%) SUSPENSION	MILILITRO		
420	PIRANTEL (EMBONATO O / COMP250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
421	PIRANTEL / OXANTEL (250/250) MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO		
422	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA 25 MG. + 500 MG.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
423	PLATA SULFADIAZINA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
424	PODOFILINA 20% SOLUCIONTOPICA (EXTERNA)	MILILITRO		
425	POLIACRILICO ACIDO (0.2-0,25)% GEL OFTALMICO	GRAMO		
426	POLIETILENGLICOL + PROPILENGLICOL (4 + 3) MG/ML FRASCO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
427	POLIETILENGLICOL 3350 5.9% POLVOS ORAL	SOBRE		
428	PRAZOSIN de 1 MGTAB/CAP/GRAGEA/PERLA	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
429	PREDNISOLONA (1-10) MG/ML de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES	MILILITRO		
430	PREDNISOLONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
431	PREDNISONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
432	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO		
433	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
434	PROPAFENONA de 150 MILIGRAMOS PARENTERAL	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
435	PROPARACAINA HCL 5MG/ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
436	PROPRANOLOL de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
437	PSYLLIUM MUCILAGO 49-90% SOBRE GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE		
438	QUINAPRIL de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
439	QUINAPRIL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
440	RETINOICO ACIDO + HIDROQUINONA 0.05 + (2-5)% CREMA TOPICA (EX	GRAMO		
441	RETINOICO ACIDO 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
442	RETINOICO ACIDO 0.05% CREMA/ tópica (EXTERNA)	GRAMO		
443	RIFAMPICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
444	RISPERIDONA 1 MG/ml de 1 MI GOTAS ORAL	MILILITRO		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
445	RISPERIDONA de 3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
446	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
447	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP2MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
448	SACCHAROMYCES BOULARDI 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
449	SALBUTAMOL (SULFATO)SOLUCION ORAL0.04% (2MG/5ML)	MILILITRO		
450	SALBUTAMOL 100MCG/PULV AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPARO		
451	SALES DE REHIDRATACION ORALSOLUCION ORAL Aporte al menos 60 meq de sodi	MILILITRO		
452	SALES DE REHIDRATACION ORL GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE		
453	SECNIDAZOL 500MG/15ML JARABE SOLUCION ORAL	MILILITRO		
454	SECNIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
455	SERTRALINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
456	SERTRALINA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
457	SOLUCION SALINA HIPERTONICA 5% COLIRIO OFTA	MILILITRO		
458	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% 100 ML de 100 MILILITRO BOLSA PARENTERAL	BOLSA PLASTICA EN PVC		
459	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% GOTAS NASAL	MILILITRO		
460	SUCRALFATE 1G TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COM	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
461	SUCRALFATE 1G/5ML SUSPES ORAL	MILILITRO		
462	SULFACETAMIDA SODICA 10-15% COLIRIO OFTA	MILILITRO		
463	SULFASALAZINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
464	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.03%	GRAMO		
465	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.10%	GRAMO		
466	TAMOXIFENO de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
467	TAMSULOSINA de 0.4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
468	TECLOZAN de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
469	TEOFILINA 80MG/15ML JARABE ORAL	MILILITRO		
470	TEOFILINA LIBERACION LENTA 125MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
471	TEOFILINA LIBERACION LENTA 300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
472	TERAZOSIN de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
473	TERBINAFINA 250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
474	TETRACICLINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
475	TIAMINA (VITAMINA B1) de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENT	AMPOLLA/VIAL		
476	TIAMINA (VITAMINA B1) de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
477	TIBOLONA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
478	TIMOLOL + DORZOLAMIDA (0.5+2)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
479	TIMOLOL MALEATO 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
480	TIMOLOL+BIMATOPROSTSOLUCION OFTALMICA(5+0.3)MG/ML	MILILITRO		
481	TINIDAZOL de 200 MIL JARABE ORAL	MILILITRO		
482	TINIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
483	TIZANIDINA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
484	TIZANIDINA de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
485	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (0,3+0,1)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
486	TOBRAMICINA 0.3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
487	TOPIRAMATO 100MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
488	TOPIRAMATO de 15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
489	TOPIRAMATO de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
490	TOPIRAMATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
491	TOXOIDE TETANICO 40U.I./0.5ML AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL		
492	TRAMADOL de 100 Mg/Ml JARABE ORAL	MILILITRO		
493	TRAMADOL de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCION INYECTABLE PA	AMPOLLA/VIAL		
494	TRAMADOL (CLORHIDRATO)SOLUCION PARENTERAL100MG/2ML	AMPOLLA/VIAL		
495	TRANEXAMICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
496	TRAVOPROST 0.004 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
497	TRAZODONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
498	TRAZODONA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
499	TRAZODONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
500	TRIAMCINOLONA ACETONIDASUSPENSION PARENTERAL40MG/ML	AMPOLLA/VIAL		
501	TRIAMCINOLONA de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL		
502	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
503	TRIMEBUTINA MALEATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
504	TRIMEBUTINASUSPENSION ORAL200MG/15ML	MILILITRO		
505	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (160+800)MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
506	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (80+400)MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO		
507	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL 40+200MG/5ML JARABE	MILILITRO		
508	TROPICAMIDA 1% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO		
509	UREA 10% CREMA/UNGUENTO/GELTOPICA (EXTER	GRAMO		
510	URSODESOXICOLICO ACIDO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
511	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO 250MG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
512	VALPROICO ACIDO de 250 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
513	VALSARTAN de 160 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
514	VALSARTAN de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
515	VASELINA PURA USP de 100 % CREMA/	GRAMO		
516	VENLAFAXINA de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
517	VERAPAMILO de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
518	VERAPAMILO RETARD de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
519	VERAPAMILO RETARD de 240 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
520	VITAMINA A de 100.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
521	VITAMINA A de 50.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
522	VITAMINA D3 0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
523	VITAMINA E de 400 UI	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
524	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 2MG/ 0.2ML -AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL		

ITEM	MOLECULA	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
525	WARFARINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
526	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F GRANULADO OR	TARRO		
527	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		
528	ZINC OXIDO + NISTATINA (0,2 G+100.000 U.I.) / G CREMA/UNGUENTTOPICA (EXTERNA)	GRAMO		
529	ZOLPIDEM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/ COMP		

EL OFRECIMIENTO DE LOS ANTERIORES ÍTEMS ES OBLIGATORIO, AL IGUAL QUE LOS PUNTOS DE DISPENSACIÓN QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN:

No	PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO)	NOMBRE DE LA DROGUERIA O FARMACIA	DIRECCION	TELEFONO	CUMPLE	NO CUMP LE
1	ARBOLEDAS					
2	BOCHALEMA					
3	BUCARASICA					
4	CÁCOTA					
5	CHINÁCOTA					
6	CHITAGÁ					
7	CUCUTILLA					
8	DURANIA					
9	EL TARRA					
10	EL ZULIA					
11	GRAMALOTE					
12	HERRÁN					
13	LABATECA					
14	LOURDES					
15	MUTISCUA					
16	PAMPLONITA					
17	PUERTO SANTANDER					
18	RAGONVALIA					
19	SALAZAR DE LA PALMAS					
20	SAN CAYETANO					
21	SANTIAGO					
22	SARDINATA					
23	SILOS					
24	TEORAMA					
25	TIBÚ					
26	TOLEDO					
27	VILLA CARO					
28	AGUA CLARA					
29	BANCO DE ARENA					
30	BUENA ESPERANZA					
31	CAMPO DOS					
32	CARMEN DE NAZARETH					
33	CORNEJO					
34	EL TARRA					
35	GUAMALITO					
36	LA DON JUANA					
37	LA GABARRA					
38	LAS MERCEDES					
39	PETROLEA					
40	REFINERÍAS					
41	TRES BOCAS					

Los elementos requeridos, u ordenados por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados, serán suministrados por la entidad a las tarifas aquí pactadas, mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos bienes el Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante, la cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato, quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor con el respectivo descuento. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes. Los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia.

Nombre de la Entidad_____

Nombre del Representante Legal _____

No. de Documento de Identidad. _____

Firma del Representante Legal _____

ANEXO No. 2

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en el Decreto 1082 de 2015.

❖ ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DEL RIESGO	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	Incumplimiento del contrato	20% del Valor del Contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y 60 días más incluyendo sus prorrogas.	Ampara a la entidad contratante de los perjuicios directos derivados del incumplimiento total o parcial de las obligaciones nacidas del contrato. Así como su cumplimiento tardío o de su cumplimiento defectuoso. Cuando ellos son imputables al contratista garantizado. Además comprenderá el pago de multas y cláusula penal pecuniaria que se pacten en el contrato.
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	Regular. pésima o deficiente calidad de de los bienes	50% del valor del contrato	Contratista	Que cubra el termino de vigencia del contrato y un año más incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar.	Ampara a la entidad contratante de los prejuicios directos derivados regular. Pésimas o deficiente calidad del servicio contratado. Imputables al contratista garantizado
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	No pago de salarios. prestaciones e indemnizaciones laborales	5% del valor total del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más.	Ampara a la Entidad de los perjuicios que se le ocasiones como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que este obligado el contratista derivadas de la contratación del personal utilizados para la ejecución del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: En caso de constituirse póliza, en la misma deberá indicar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de exclusión.

ETAPA SANCIONATORIA

Multa	RIESGO JURIDICO	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato. o en alguno de sus modificatorios. la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización	Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0.2%) del valor del contrato.	Contratistas	La multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por diez (10) días	Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato. o en alguno de sus modificatorios. la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización
Multa	RIESGO JURIDICO	Incumplimiento parcial	Multas cuyo valor se liquidará con base en un cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor dejado de cumplir o entregar	Contratista	La multa se aplicará por cada día de retardo hasta por un plazo de quince (15) días calendario. Que se descontara del saldo que le adeude la Entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo motivado. En el que se expresará las causas que dieron lugar a ella.	Ampara la mora o incumplimiento parcial de alguna obligación derivada del contrato por causas imputables al contratista.
Cláusula Penal Pecuniaria	RIESGO JURIDICO	Incumplimiento total – declaratoria de caducidad	30% del valor total de contrato	Contratista	El 30% del valor total del contrato cuando se trate de incumplimiento total del mismo y proporcional al incumplimiento parcial del contrato.	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista. se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

#	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE SUCEDER Y COMO PUEDE OCURRIR PROBABILIDAD	PROBABILIDAD	IMPACTO	CATEGORÍA DEL RIESGO	MITIGACIÓN DEL RIESGO
1	General	Interno	Selección	Operacionales	La no suscripción del contrato sin justa causa.	1	2	3	Transferir
2	General	Interno	Selección	Operacionales	La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de oferta cuando el termino previsto en los pliegos de condiciones para la adjudicación del contrato se prorrogue o cuando el termino previsto para la suscripción del contrato se prorrogue siempre y cuando esas prorrogas no excedan un término de tres meses.	1	2	3	Transferir
3	General	Interno	Selección	Operacionales	La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de garantía de cumplimiento exigida por la entidad para amparar el incumplimiento de las obligaciones del contrato.	1	2	3	Transferir

4	General	Interno	Selección	Económicos	Variación en las circunstancias financieras del contratista en forma negativa que pongan en riesgo la ejecución del contrato.	1	2	3	Transferir
5	General	Interno	Planeación	Operacionales	Ausencia de oferentes o que habiendo recibido ofertas ninguna de ellas haya resultado habilitada.	2	2	3	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
6	General	Externo	Contratación	Operacionales	Inexistencia de causa justificada para que el adjudicatario no suscriba el contrato dentro del tiempo fijado por la Administración.	1	2	3	Transferir
7	Especifico	Externo	Ejecución	Operacionales	Daños causados por la prestación del servicio por parte de personas que no se encuentren legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.	2	3	5	Transferir

ANEXO No. 3
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales evitando dilaciones y trabas.
3. Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar. Sena e ICBF). Por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.
5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8. Ejecutar el objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio de manera oportuna y con calidad sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
9. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro así como los deberes que impone la sana práctica profesional el orden público lo moral y las buenas costumbres.
10. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas menores de 5 años y adulto mayor.
11. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
12. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación según corresponda expedidos por la autoridad competente
13. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:
a. Notificar al Supervisor del contrato en forma oportuna. respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
c. Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato. el Contratista deberá informar mediante oficio a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES **y al Supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder. el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).**
d. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DESANTANDER.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES.

FECHA	
ENTIDAD	
CONTRATO No	
FECHA DE INICIO	
FECHA DE TERMINACION	

VALOR DEL CONTRATO	
ADICION No 1	
ADICION No 2	
TOTAL	

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
LUNES					
MARTES					
MIERCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SABADO					
DOMINGO					

14. El proponente garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario., cumpliendo con el procedimiento establecido.
15. El proponente garantizará en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación al LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente.
16. Presentar la facturación los diez (10) primeros días de cada mes en la Ventanilla de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.
17. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la ejecución y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
18. El proponente garantizara que los puntos deben contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). El CONTRATANTE o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de este condición, en cualquier momento.
19. Suministrar los medicamentos garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en los 41 puntos de atención que deberán funcionar a partir del inicio de ejecución del contrato, siete (07) días a la semana de lunes a domingo durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 07:00 a las 19:00 horas en jornada continua.

Contar con una línea telefónica directa, y/o Telefonía Celular atendida por el coordinador del contrato desde el inicio del mismo y durante su vigencia, para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el proveedor. La línea debe ser atendida de lunes a viernes entre las 08:00 y las 18:00 horas, y los días sábados hasta las 12:00 PM.
20. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 052 de 2013 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente. Serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum. Se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico. Por lo que se deberá diligenciar el formato del **ANEXO No 27**. (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 052 de 2013).
21. Se requiere que los bienes se entreguen en los municipios referenciados en el presente estudio previo del departamento de Norte Santander, con criterios de oportunidad. Continuidad. Accesibilidad. Seguridad. Eficacia. Eficiencia y pertinencia.
22. El Contratista deberá conocer el modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional Acuerdo 070 del 02/08/2019 el cual se encuentra **COMO ANEXO NO 26** en el presente estudio de conveniencia y oportunidad.
23. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.
24. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE. LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES. Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.
25. El contratista DEBERA EXPEDIR CERTIFICACION MENSUAL EN LA CUAL CONSTE QUE NO TIENE FACTURAS PENDIENTES CON LOS SERVICIOS DEL MES PRESTADOS.
26. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato. Cuando haya lugar.
27. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos.
28. Implementar el sistema de gestión integral de residuos con políticas de manejo interno de residuos. Con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios. Prevenir. Mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.
29. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones. Oficios. Avisos. y demás actos proferidos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Ect.
30. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente debera informar al supervisor la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 tomar contacto con la farmacia a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de medicamentos, Códigos o tarifas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia respecto a autorizaciones de medicamentos.
31. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.
32. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. Se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
33. El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal. Donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal. Que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro. Daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
34. El Contratista deberá presentar el Informe de capacitación realizada a los trabajadores. Donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo. Y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma de los trabajadores.
35. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contrareferencia efectuadas por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. So pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones
36. Los medicamentos requeridos que no hayan quedado descritos y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y/o la resolución 5851 de 2018 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán suministrados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos medicamentos. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los medicammentos prestados como Urgentes. Los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DENOR. Mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.
37. El Contratista deberá garantizar la dispensación de los bienes objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato).
38. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993. Así mismo. Será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
39.Se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato. Reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario. Elevando un acta escrita de cada reunión celebrada.
40. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".
41. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD .No. 5 RASES para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.
Garantizar el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario., cumpliendo con el procedimiento establecido.
informar por escrito a La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER** en un término máximo de **48 horas** a partir de la presentación del evento, incluyendo los

documentos soporte en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente. Para tal fin se suscribirá la correspondiente modificación al contrato.
Entregar los medicamentos en forma fraccionada, teniendo en cuenta las presentaciones del medicamento tales como tabletas, cápsulas, grageas, comprimidos, jarabes, sobres, supositorios o ampollas basados en la formulación emitida por el profesional, por ejemplo: Amoxicilina por 500 mg. cápsulas No. 12, se deberá entregar las DOCE (12) cápsulas estipuladas en la fórmula. El proveedor se abstendrá de entregar elementos o productos diferentes a los formulados por el médico autorizador.
42. El contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial
43. El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional

ANEXO No. 4

OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 RASES SANTANDER-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER

1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal. Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA**.

2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto. Exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

3. Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA.** Cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO.

4. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. Para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

5. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

6. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

7. Rechazar los bienes y/o servicios cuando éstos no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

8. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.

9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 052 del 2013 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN Anexo ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2). Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" El cual se encuentra como **Anexo 15** en el presente estudio.

11. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO No. 5

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA

El suscrito Representante Legal de la _____ certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Resolución 3100 Del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud."
3. Decreto 2200 de junio de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
4. Resolución 1604 de 2013 Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones
5. Resolución 1403 de 2007 Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones
6. Resolución 444 de 2008 por la cual se adopta el Instrumento de Verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración de preparaciones magistrales y se dictan otras disposiciones
7. Resolución 1478 del 2006 Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado

8. Decreto 677 de 1995 Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia
9. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

Nombre de la Entidad_____

Nombre del Representante Legal _____

No. de Documento de Identidad. _____

Firma del Representante Legal _____

ANEXO No. 6

NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADEMICO

Yo_____. Representante de la entidad _____ certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas. Actas de grado. Tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO, q**ue tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

Nombre de la Entidad_____

Nombre del Representante Legal _____

No. de Documento de Identidad. _____

Firma del Representante Legal _____

ANEXO No. 7

RELACION TALENTO HUMANO

RELACIÓN TALENTO HUMANO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**TITULO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA**	**UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÌTULO**	**TITULO DE POST GRADOS**	**UNIVERSIDAD QUE EXPIDIO EL TÌTULO DE POSTGRADO**	**TIEMPO DE EXPERENCIA EN LA ENTIDAD QUE PRETENDE OFERTAR**

Nombre de la Entidad_____

Nombre del Representante Legal _____

No. de Documento de Identidad. _____

Firma del Representante Legal _____

ANEXO No. 8

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo_____. Representante de la entidad_____ certifico que la firma que represento. Cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto la **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER**

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

ANEXO No. 9

RELACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS

El suscrito_____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

NOMBRE DE LA ENTIDAD:
NIT:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

ANEXO No. 10

DECLARACION REGISTROS SANITARIOS INVIMA VIGENTES

NORTE DE SANTANDER_____

OFERENTE: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que para las moléculas requeridas por la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, en su totalidad CUENTAN CON REGISTROS SANITARIOS (INVIMA) vigentes, de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, según Decreto 677 de 1995 y demás normas reglamentarias vigentes.

Si la propuesta presentada por la firma que represento fuera la ganadora en el proceso de contratación declaro que los respectivos registros serán presentados al Supervisor del Contrato una vez entre en ejecución el contrato respectivo.

Nota: Se exceptúan de este requisito los medicamentos comercializados por el Fondo Nacional de Estupefacientes, las drogas blancas y fórmulas magistrales.

Nota: En caso de encontrarse algún registro en trámite, deberá adjuntarse copia de la solicitud de renovación debidamente radicada ante el INVIMA

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

ANEXO No. 11

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

Referencia: Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es el "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO, SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 DEL CSSSMP, DEBIDAMENTE HABILITADOS POR SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN LOS MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER.

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

Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados. Que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a lo establecido en título 4. capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". Así mismo. Que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo.

Declaramos. Bajo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos. Que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.

NOMBRE DE LA ENTIDAD _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD_____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD (NIT) _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ENTIDAD _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD_____

ANEXO No. 12
OFERTA ECONÓMICA
DILIGENCIAR SEGÚN APLIQUE PARA CADA GRUPO

PROPONENTE_____

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nª 5
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta Económica para el Proceso cuyo objeto es el **"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER**

ÍTEM	DESCRPCION	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A CADA ÍTEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO
1.	**"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER."**	____%

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía **Y EL VALOR DEL PRECIO TECHO ESTABLECIDO EN EL LISTADO DE PRECIOS**, LISTADO QUE SE ANEXARA EN EXCEL **"LISTADO DE PRECIOS TECHO"**

El proponente deberá ajustar al peso los precios unitarios, bien sea por exceso o por defecto, así: cuando la fracción decimal del peso sea igual o superior a 0.50 lo aproximará por exceso al número entero siguiente del peso y cuando la fracción decimal del peso sea inferior a 0.50 lo aproximará por defecto al número entero anterior del peso.

NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas, establecido en el cronograma del proceso.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
NIT o C. C. :
FIRMA

LISTADO DE PRECIOS TECHO

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL	MILILITRO	$ 5.939
2	ACETAMINOFEN + CODEINA 500+30 MG TAB	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.400
3	ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325 + 37.5 MG T	TAB/CAPS/GRAG/	$ 839
4	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO	$ 4.000
5	ACETAMINOFEN de 100 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/SUSPENSION	MILILITRO	$ 3.000
6	ACETAMINOFEN de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
7	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 1.152
8	ACETILCISTEINA de 2 % JARABE ORAL	MILILITRO	$ 16.941
9	ACETILCISTEINA de 600 GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 3.500
10	ACICLOVIR de 2 % JARABE/SUSPENSION/ ORAL	MILILITRO	$ 16.984
11	ACICLOVIR de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 177
12	ACICLOVIR de 3 % CREMA/UNGUENTO/GEL OFTALMICO	GRAMO	$ 32.000
13	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ VAGINAL VAGINAL C	GRAMO	$ 32.657
14	ACICLOVIR de 5 % CREMA/ / TOPICA (EXTERNA) C	GRAMO	$ 6.564
15	ACICLOVIR de 800 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.604
16	ACIDO ACETIL SALICILICO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
17	ACIDO ACETIL SALICILICO de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 721
18	ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 7.100
19	ALBENDAZOL 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/ O	SACHET/FRASCO	$ 4.000
20	ALBENDAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
21	ALCOHOL POLIVINILICO 1.4% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 4.243
22	ALENDRONATO de 70 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 875
23	ALFAMETILDOPA de 250 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.500

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
24	ALFAMETILDOPA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.500
25	ALGINATO DE SODIO + ALUMINI HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONA(0.63+2.39) G/100ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 72.429
26	ALOPURINOL de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
27	ALOPURINOL de 300 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
28	ALPRAZOLAM de 0,25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
29	ALPRAZOLAM de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
30	ALUMINIO + MAGNESIO HIDROXIDO + SIMETICONA / DIMETILPOLISILOXANO (4+4+0,4)G SUSPENSIONE	MILILITRO	$ 11.840
31	ALUMINIO ACETATO 0,05% CREMA TOPICA (EXT	GRAMO	$ 30.464
32	ALUMINIO ACETATO EMULSION/LOCION TOPICA 0,05 % (EXTERNA)	MILILITRO	$ 6.929
33	ALUMINIO ACETATO SOBRE POLVOS TOPICA (E	SOBRE	$ 800
34	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 800
35	ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 10.000
36	AMANTADINA de 100 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 1.400
37	AMIKACINA 100MG/2ML AMPOLLA L	AMPOLLA/VIAL	$ 4.000
38	AMIKACINA 500MG/2ML AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL	$ 4.000
39	AMIODARONA de 200 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA	$ 1.200
40	AMITRIPTILINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 400
41	AMLODIPINO de 10 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 400
42	AMLODIPINO de 5 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 400
43	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (400+57)MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 22.000
44	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (500+125)MG	TABLETA/CAPSULA/	$ 2.831
45	AMOXICILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 6.667
46	AMOXICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 600
47	AMPICILINA + SULBACTAM 250MG/5ML JARABE/SUSPENSION ORAL	MILILITRO	$ 43.143
48	AMPICILINA + SULBACTAM de 375 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 3.029
49	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATOSUSPENSION ORAL250MG/5 ML	MILILITRO	$ 6.000
50	AMPICILINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 600
51	ANTIPIRINA + BENZOCAINA GLICERINA 50+10MG GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	$ 46.143
52	ANTISEPTICO BUCOFARINGEO de 8 % SOLUCIONES	MILILITRO	$ 2.699
53	ASCORBICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 600
54	ATORVASTATINA 20MG	TABLETA/CAPSULA/	$ 600
55	ATROPINA SULFATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 24.000
56	AZITROMICINA 200MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 9.728
57	AZITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 2.400
58	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/PULVERIZACION INHALADOR NASAL	INHALACIÓN/DISPAR	$ 16.000
59	BECLOMETASONA DIPROPIONA 250MCG/PULVERIZACION INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	$ 24.000
60	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/INHALACION AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	$ 17.289
61	BENCILO BENZOATOLOCION TOPICA25%	MILILITRO	$ 8.071
62	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL400.000 UI	AMPOLLA/VIAL	$ 4.000
63	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL800.000 UI	AMPOLLA/VIAL	$ 4.000
64	BENZIDAMIDA de 9,4 GRAMO POLVOS TOPICA (EX	GRAMO	$ 12.871
65	BETAMETASONA 0,6 % AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 56.571
66	BETAMETASONA + ACIDO SALICILICO (0.05+3)% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 27.419
67	BETAMETASONA 17 VALERATO de 0,1 % UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 1.903
68	BETAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.000
69	BETAMETASONA DIPROPIONATO 0,05% UNGUENTO TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 7.898
70	BETAMETILDIGOXINA 0.1 MG	TABLETA/CAPSULA/	$ 1.400
71	BETAMETILDIGOXINA 0.6MG/ML GOTAS ORAL	FRASCO	$ 39.409
72	BIPERIDENO de 2 MILIGRAMOS	TABLETA/CAPSULA/	$ 600
73	BISACODILOTAB/CAPS/GRAG/ COMP5MG	TABLETA/CAPSULA/	$ 400
74	BRIMONIDINA TARTRATO de ,2 % COLIRIO OFTAL	MILILITRO	$ 17.143
75	BROMAZEPAM de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 329
76	BROMAZEPAMTAB/CAPS/GRAG/ COMP3MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.857
77	BROMOCRIPTINA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.500
78	BUDESONIDA 200MCG/DOSIS de 200 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	$ 30.179

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
79	BUDESONIDA 50MCG/DOSIS de 50 MICROGRAMOS INHALADOR BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	$ 18.750
80	CABERGOLINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.986
81	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 600MG+200U.I.	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
82	CALCIO CARBONATO 600MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
83	CALCIO FOSFATO + VITAMINA D 600MG+125U.I.	TAB/CAPS/GRAG/	$ 143
84	CALCIO FOSFATO 500-600MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 89
85	CALCITRIOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
86	CAPSAICINA 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 90.793
87	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP25MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
88	CAPTOPRILTAB/CAPS/GRAG/ COMP50MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
89	CARBAMAZEPINA de 20 MILIGRAMOS/MILILITRO SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 6.540
90	CARBAMAZEPINA RETARD de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 342
91	CARBAMAZEPINA RETARD de 400 MG TABLETAS DE LIBERACION RETARDADA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	$ 684
92	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA de 10 mg/ml COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 15.966
93	CARVEDILOL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.025
94	CARVEDILOL de 6,25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 256
95	CARVEDILOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 512
96	CEFALEXINA 250MG/5ML JARABE/	MILILITRO	$ 6.667
97	CEFALEXINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.024
98	CEFRADINA POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL1G	AMPOLLA/VIAL	$ 2.971
99	CEFRADINA COMP 500MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.000
100	CEFUROXIMA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.521
101	CEFUROXIMA 50 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/	MILILITRO	$ 151.000
102	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)SOLUCION ORAL1% (10MG/ML)	MILILITRO	$ 1.906
103	CETIRIZINA de 1 mg/ml JARABE/ oral	MILILITRO	$ 6.000
104	CETIRIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
105	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) de 1000 mcg AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	$ 6.000
106	CICLOPENTOLATO de 1 % COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 46.509
107	CICLOSPORINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 8.515
108	CICLOSPORINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.128
109	CIPROFIBRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 745
110	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (3+1)MG/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 33.929
111	CIPROFLOXACINA + FLUOCINOLONA (3+0.25)MG GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	$ 41.714
112	CIPROFLOXACINA 0,3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 13.240
113	CIPROFLOXACINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 700
114	CIPROTERONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.286
115	CIPROTERONA ACETATO+ETILINESTRADIOL (2+0.035)MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.266
116	CLARITROMICINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 22.202
117	CLARITROMICINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.133
118	CLEMASTINA 2MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 12.857
119	CLINDAMICINA 100 MILIGRAMOS OVULO/	OVULO/TABLETA/C	$ 5.397
120	CLINDAMICINA de 1 % SOLUCIONES TOPICA (EXTER	MILILITRO	$ 36.571
121	CLINDAMICINA de 2 % CREMAUNGUENTO VAGINAL	GRAMO	$ 36.000
122	CLINDAMICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.100
123	CLOBAZAM de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.100
124	CLOBAZAM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.124
125	CLOBETASOL PROPIONATO (CREMA) de 0,05 %	GRAMO	$ 5.986
126	CLOBETASOL PROPIONATO (LOCION) de 0,05 %	MILILITRO	$ 26.367
127	CLONAZEPAM de 2,5 MILIGRAMOS/MILILITRO GOT	MILILITRO	$ 5.414
128	CLONAZEPAM 0,5MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 650
129	CLONAZEPAM 2MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 650
130	CLONIDINA de 0,15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
131	CLOPIDOGREL de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 136
132	CLORFENIRAMINA / COMP4MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 300
133	CLORFENIRAMINASOLUCION ORAL2MG/5 ML	MILILITRO	$ 5.200

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
134	CLOROQUINA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 613
135	CLOTRIMAZOL 1 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA	GRAMO	$ 1.447
136	CLOTRIMAZOL de 1 % CREMA/GEL/JALEA/ VAGINAL	GRAMO	$ 11.000
137	CLOTRIMAZOL de 100 MILIGRAMOS OVUL/ VAGINAL	ÓVULO/TAB VAGIN	$ 667
138	CLOZAPINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 450
139	CLOZAPINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 450
140	COLCHICINA de 0,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
141	COLESTIRAMINA ANHIDRA de 4 GRAMO POLVOS	SOBRE	$ 1.209
142	COLISTINA + NEOMICINA + HIDROCORTISONA (1.5+5+0.5)MG/ML GOTAS OTICO AURICULAR	MILILITRO	$ 20.000
143	COMPLEJO B (INYECTABLE) MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.986
144	COMPLEJO B (JARABE) de 120 MILILITRO FRASCO ORAL	MILILITRO	$ 6.000
145	COMPLEJO B (TAB) MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 77
146	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) ESPUMA de 8 %	MILILITRO	$ 13.240
147	COMPLEJO YODADO (YODOPOLIVINILPIRROLIDONA) SOLUCION de 10 %	MILILITRO	$ 7.942
148	CORTICOIDE + ANESTESICO CREMA/UNGUENTO RECTAL	GRAMO	$ 14.000
149	CORTICOIDE + FENILEFRINA (1+0.12)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 18.851
150	CORTICOIDE + LIDOCAINA (5+60)MG SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO	$ 5.500
151	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1 MG+ 3,5 MG + (6.000-6.600 UI)) / ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 10.667
152	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA (1-5) MG + 3,5 MG (3500UI) + (6.000 - 10.000) UI/ 1 G UNGUENTO OFTALMICO	GRAMO	$ 55.857
153	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL2% (20MG/ML)	MILILITRO	$ 7.000
154	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION NASAL4% (40MG/ML)	MILILITRO	$ 9.172
155	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA2% (20MG/ML)	MILILITRO	$ 9.000
156	CROMOGLICATO SODICOSOLUCION OFTALMICA4% (40MG/ML)	MILILITRO	$ 9.000
157	CROTAMITONLOCION TOPICA10%	MILILITRO	$ 8.500
158	DANAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP200MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.569
159	DEFLAZACORT de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 667
160	DEFLAZACORT de 6 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 761
161	DESLORATADINA de 0,5 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.500
162	DESONIDA 0.05% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 4.816
163	DESONIDA 0.05% SUSPENSION/EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 17.786
164	DEXAMETASONA de 0,4 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
165	DIAZEPAM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.169
166	DICLOFENACO (SODICO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 800
167	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAVENOSO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
168	DICLOFENACO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 14.638
169	DICLOFENACO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
170	DICLOXACILINA 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 10.795
171	DICLOXACILINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 800
172	DILTIAZEM de 60 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 506
173	DIMENHIDRINATO 50MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
174	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)SOLUCION PARENTERAL2.5G/5ML	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
175	DIPIRONA + ISOMETHEPTENO + CAFEINA ANHIDRA (300+50+30)MG/ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 53.057
176	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
177	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS TABLETA/CAPSULA/COMPRIM	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
178	DIPIRONA de 500 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS OR	MILILITRO	$ 27.429
179	DIPIRONA MAGNESICASOLUCION PARENTERAL2G/5ML	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
180	DOMPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 199
181	DOMPERIDONE de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE/ ORAL O	MILILITRO	$ 9.343
182	DORZOLAMIDA CLORHIDRATO 20 MG/ML MILILITRO GOTAS OFTALMICO	MILILITRO	$ 16.286
183	DOXICICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
184	DOXOFILINA 100MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 74.857
185	ENALAPRIL de 20 MILIGRAMOS /	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
186	ENALAPRIL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
187	ERGOTAMINA + CAFEINA (1+100)MG /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.100
188	ERITROMICINA (ESTEARATO)TAB/CAPS/GRAG/ COMP500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/	$ 564

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MINIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
189	ERITROMICINA (METILSUCCINATO O ESTEARATO)POLVO PARA SUSPENSION ORAL5% (250MG/5ML) (base)	MILILITRO	$ 5.360
190	ERITROMICINA 4-5 % GRAMO CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 60.000
191	ESPIRAMICINA 3 M.U.I.	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.463
192	ESPIRONOLACTONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
193	ESPIRONOLACTONA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
194	ESTRADIOL de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 305
195	ESTRADIOL / ESTRADIOL + CIPROTERONA 2MG/(2+1) MG MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 660
196	ESTRADIOL + NORGESTREL (2+0.5) MCG MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.544
197	ESTRIOL de 1 MILIGRAMOS/GRAMO CREMA/GEL/JALEA/UNGUENTO VAGINAL	GRAMO	$ 115.143
198	ESTRIOL de 3,5 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO	$ 2.750
199	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 686
200	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOS de 0,625 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 902
201	ESTROGENOS NATURALES CONJUGADOSCREMA VAGINAL0.0625% (0.625MG/G)	GRAMO	$ 37.644
202	ETINILESTRADIOL + CLORMADINONA (0.03+2) MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 899
203	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (30+150)MCG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 250
204	FENITOINA SODICA 100MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 650
205	FENITOINA SODICASUSPENSION ORAL125MG/5 ML (2.5%)	MILILITRO	$ 58.924
206	FENOXIMETILPENICILINATAB/C	TAB/CAPS/GRAG/	$ 800
207	FEXOFENADINA de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.611
208	FINASTERIDE de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 8.200
209	FITOESTROGENOS 40-80MG (ISOFLAVONAS) 0	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
210	FLUCONAZOL 50MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 20.909
211	FLUCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.069
212	FLUCONAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP150MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.301
213	FLUNARIZINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
214	FLUOROMETALONA ACETATO de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 7.857
215	FLUOXETINA HCL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
216	FLUOXETINASOLUCION ORAL20MG/5 ML (base)	MILILITRO	$ 16.554
217	FOLICO ACIDO + COMPUESTO DE HIERRO (0,25-1) + (100-525) MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.271
218	FOLICO ACIDO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
219	FOLICO ACIDOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
220	FOSFATO + IFOSFATO SODIO 6-16% FRASCO ORAL	MILILITRO	$ 9.036
221	FOSFATO + BIFOSFATO DE SODIO RECTAL MILILITRO ENEMA RECTAL	MILILITRO	$ 7.286
222	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA (DIOSMINA+HESPERIDINA) de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.533
223	FURAZOLIDONA 50MG/15ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/	MILILITRO	$ 10.047
224	FURAZOLIDONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
225	FUROSEMIDA 20MG/2ML MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
226	FUROSEMIDA de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
227	FUSIDICO ACIDO 2% CREMA/UNGUENTO/GEL/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 5.700
228	GABAPENTIN 400MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 547
229	GABAPENTIN 600MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 822
230	GEMFIBROZILO de 600 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
231	GEMFIBROZILO de 900 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.004
232	GENTAMICINA de 3 MILIGRAMOS/MILILITRO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 6.000
233	GENTAMICINA 160MG/2ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.000
234	GENTAMICINA 1MG/G CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 17.032
235	GENTAMICINA 80MG/2ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
236	GINKGO BILOBA EXTRACTO de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
237	GINKGO BILOBA / COMP80MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
238	GLIBENCLAMIDA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
239	GLICERILO GUAYACOLATO 2% JARABE	MILILITRO	$ 6.667
240	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIO RECTAL	SUPOSITORIO	$ 1.492
241	GLICERINA CARBONATADA de 1 % GOTAS OTICO AURICULAR C	MILILITRO	$ 8.000
242	GLIMEPIRIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
243	GLUCOSAMINA 1500 MG GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 1.500

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
244	HALOPERIDOL 2 MGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 8.000
245	HALOPERIDOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
246	HALOPERIDOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
247	HEPARINA DE BAJO P.M. de 40 MILIGRAMOS AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL	$ 33.857
248	HEPARINA DE BAJO P.M. de 80 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 40.714
249	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR de 60 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 39.571
250	HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA (50+5)MG TABLETA/CAPSULA/GR/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.291
251	HIDROCLOROTIAZIDA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
252	HIDROCORTISONA de 0,5 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 9.000
253	HIDROCORTISONA + AC. FUSIDICO (1+2)% CREMA/UNGUENTO/GEL/TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 117.286
254	HIDROCORTISONA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 6.000
255	HIDROCORTISONA de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.000
256	HIDROXICINA 0,25% JARABE/SUSPENSION//ELIXIR/G	MILILITRO	$ 7.890
257	HIDROXICINA de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
258	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)TAB/CAPS/200MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.000
259	HIDROXICLOROQUINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.000
260	HIERRO SACARATO INTRAVENOSO 100MG/5ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 8.730
261	HIERRO SULFATO de 125 MILIGRAMOS/MILILITRO GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 6.667
262	HIERRO SULFATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
263	HIOSCINA BUTIL BROMURO + PARACETAMOL (2+100)MG/ML GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 17.209
264	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 791
265	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG/MLS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 3.000
266	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA 20MG+2.5G/5ML AMPOLLA/VIAL AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.966
267	IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE/SUSPENSION/EMULSION/ELI	MILILITRO	$ 7.000
268	IBUPROFENO de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
269	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP600MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 800
270	IBUPROFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP800MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 800
271	IMIPRAMINA HCL de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
272	IMPLANTES DE PROGESTINA IMPLANTE (Hasta 3 años	KIT DE IMPLANTE	$ 175.714
273	INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLASOLUCION SUBCUTANEA25 + 75UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 26.000
274	INSULINA ASPARTASOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENAD	$ 20.866
275	INSULINA GLARGINA de 300 UI/3ML AMPOLLA PARENTERAL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 25.000
276	INSULINA GLARGINA1000UI/10mL SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA/VIAL	$ 95.714
277	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE300UI/3mL	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 20.752
278	INSULINA HUMANA C de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 18.753
279	INSULINA HUMANA DETEMIR SOLUCION SUBCUTANEA300UI/3ML	CARTUCHO-ESFERO/JERINGA PRELLENADA	$ 35.022
280	INSULINA HUMANA N de 100 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 18.753
281	INSULINA HUMANA N/C 70/30 UI/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 23.000
282	INSULINA LISPRO de 1000UI/10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 62.093
283	IPRATROPIO + FENOTEROL (0.25+0.5)MG/ML SOLUCIONES PARA NEBULIZADORES NASAL	MILILITRO	$ 37.143
284	IPRATROPIO + FENOTEROL AEROSOL (20+50) mcg/pulverización	FRASCO AEROSOL	$ 26.200
285	IPRATROPIO BROMURO 20 MICROGRAMOS/PULVERIZ AEROSOL INHALACION	PULVERISACION	$ 19.995
286	ISONIAZIDA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.000
287	ISONIAZIDA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 6.000
288	ISOSORBIDE DINITRATO de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.436
289	ISOSORBIDE DINITRATO COMP10MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
290	ISOTRETINOINA 10MG.	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.369
291	ISOTRETINOINA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.518
292	IVERMECTINA GOTAS ORAL DE 6MG/MILILI	MILILITRO	$ 18.750
293	KETOCONAZOL 2% CHAMPU TOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 15.143
294	KETOCONAZOL de 200 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
295	KETOPROFENO 2.5% CREMA/L TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 16.471
296	KETOPROFENO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
297	KETOPROFENO de 100MILIGRAMOS/ 2MILILITRO AMPOLLA	AMPOLLA/VIAL	$ 3.000
298	KETOTIFENO 0,025% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 5.569

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
299	KETOTIFENOTAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
300	LACTULOSA 66,7 % SOBRE ORAL	SOBRE	$ 1.527
301	LAMOTRIGINA 200MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.030
302	LAMOTRIGINA 25MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 378
303	LAMOTRIGINA 50MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 757
304	LAMOTRIGINA 5MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 76
305	LAMOTRIGINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.515
306	LANSOPRAZOL de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 718
307	LATANOPROST 0.005 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 8.036
308	LEFLUNOMIDE de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 15.127
309	LEFLUNOMIDE de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 5.563
310	LEVODOPA BENZERACIDA (200+50) MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 6.709
311	LEVODOPA CARBIDOPA (100+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 6.000
312	LEVODOPA CARBIDOPA (250+25) MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.092
313	LEVOMEPROMAZINA MALEATOSOLUCION ORAL4% (base)	FRASCO	$ 16.259
314	LEVOMEPROMAZINA MALEATO COMP100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.133
315	LEVOMEPROMAZINA MALEATO / COMP25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
316	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP 0,75 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 7.507
317	LEVONORGESTRELTAB/CAPS/GRAG/ COMP30MCG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 524
318	LEVOTIROXINA de 100 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
319	LEVOTIROXINA de 125 /PERLA ORAL	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
320	LEVOTIROXINA de 50 Mg	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
321	LEVOTIROXINA de 75 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
322	LIDOCAINA HCL CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % X 10 ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 14.286
323	LIDOCAINA HCL de 2 % JALEA TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 20.552
324	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE 2% X 10ML AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.557
325	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE de 1 % AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 17.894
326	LIDOCAINA HCL SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTES (2% X 20ML) AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 21.429
327	LIDOCAINA SPRAY de 10 % SOLUCIONES TOPICA (EXTERNA)	FRASCO	$ 70.714
328	LITIO CARBONATO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 700
329	LOPERAMIDA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
330	LORATADINA (JARABE) de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.000
331	LORATADINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
332	LORAZEPAM de 1 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 746
333	LORAZEPAM de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 437
334	LOSARTAN de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
335	LOSARTAN de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
336	LOVASTATINATAB/CAPS/GRAG/ COMP20MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
337	MEBENDAZOLSUSPENSION ORAL2% 100MG/5ML	MILILITRO	$ 3.500
338	MEBENDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP100MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
339	MEDROXIPROGESTERONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
340	MEDROXIPROGESTERONA de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	$ 9.763
341	MEDROXIPROGESTERONA+EST RADIOLSOLUCION PARENTERAL(25+5)MG	AMPOLLA/VIAL	$ 16.000
342	MELOXICAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
343	METFORMINA COMP1000MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 564
344	METFORMINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
345	METFORMINA de 850 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
346	METILPREDNISOLONA ACETATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.685
347	METILPREDNISOLONA SUCCINATO SODICO 40MG AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.685
348	METIMAZOL de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
349	METOCARBAMOL de 750 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
350	METOCLOPRAMIDA 10MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
351	METOCLOPRAMIDA de 10 MILIGRAMOS/ 2 AMPOLL	AMPOLLA/VIAL	$ 2.000
352	METOCLOPRAMIDA de 4 MGS/MILILITRO GOTAS	MILILITRO	$ 8.000
353	METOPROLOL TARTRATO de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 842

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
354	METOPROLOL TARTRATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 421
355	METOTREXATE de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 541
356	METOTREXATE de 50 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 20.000
357	METRONIDAZOL 250MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 6.000
358	METRONIDAZOL de 500 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
359	METRONIDAZOL OVULO de 500 MILIGRAMOSÓVULO/CAPSULA	ÓVULO/CAPSULA VAGINAL/TABLETA	$ 711
360	METRONIDAZOL/NISTATINA 500MG/100.000 U.I. OVULO/TABLETA VAGINAL	TABLETA VAGINAL / OVULOS	$ 1.200
361	METRONIDAZOLTAB/CAPS/GRAG/ COMP250MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
362	MICOFENOLATO SODICO 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.589
363	MICONAZOL de 2 % CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 136.000
364	MIDAZOLAM CLORHIDRATOSOLUCION PARENTERAL0.1% (5MG/5ML)	AMPOLLA/VIAL	$ 8.571
365	MIDAZOLAM de 7,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.360
366	MINOCICLINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.631
367	MIRTAZAPINA de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 468
368	MISOPROSTOL de 200 MICROGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 6.775
369	MOMETASONA FUROATO de 50 MICROGRAMOS AEROSOL NASAL	INHALACIÓN/DISPARO	$ 12.714
370	MOMETASONA FUROATO 0.1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 3.714
371	MOMETASONA FUROATO 0.1% EMULSION/LOCION TOPICA (EXTERNA)	TUBO/FRASCO	$ 10.043
372	MONTELUKAST de 10 MG de	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.174
374	MONTELUKAST de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 166
375	MONTELUKAST de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.087
376	MOXIFLOXACINA 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 6.986
377	MOXIFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 7.636
378	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. GOTAS O	MILILITRO	$ 14.852
379	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F. JARABE	MILILITRO	$ 37.318
380	MULTIVITAMINAS Y MINERALES S.M.N.F	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.000
381	NAPROXEN COMP500MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
382	NAPROXENO (125MG/5ML) JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 4.500
383	NAPROXENO de 250 MILIGRAMOS Código 820100	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
384	N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + ACETAMINOFEN 10/500 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.693
385	NIFEDIPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 357
386	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (OSMOTICA) de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 700
387	NIFEDIPINA LIB. CONTROLADA (PROGRAMADA) de 30 MILIGRAM	TAB/CAPS/GRAG/	$ 700
388	NIMODIPINO de 30 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 700
389	NISTATINA de 100.000 UI OVULO/TABLETA VAGINAL	TAB VAGIL / ÓVULO	$ 1.200
390	NISTATINA de 100.000 UI/ML JARABE/SUSPENSION/	MILILITRO	$ 8.478
391	NITAZOXANIDA de 2 % JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 25.882
392	NITAZOXANIDA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.375
393	NITROFURANTOINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
394	NITROFURAZONA 0.2% CREMA/ TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 42.000
395	NORETISTERONA + ESTRADIOL (1+2)MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 341
396	NORETISTERONA + ESTRADIOL (50+5) MG/ML AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 12.962
397	NORFLOXACINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
398	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO (400GRS)	GRAMO	$ 48.286
399	OLANZAPINA de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.195
400	OLANZAPINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
401	OLOPATADINA CLORHIDRATOSOLUCION OFT0.2%	MILILITRO	$ 14.000
402	OMEPRAZOL 20MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
403	OXCARBAZEPINATAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 594
404	OXIBUTININO 5MG/5ML SUSPENSIONES ORAL	MILILITRO	$ 9.464
405	OXIBUTINO CLORURO 5 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 292
406	OXIBUTINO CLORURO RETARD 10 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.541
	OXICODONA DE LIBERACION MODIFICADA de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 3.062
407	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,025% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 9.678
408	OXIMETAZOLINA SOLUCION 0,05% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 8.395

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
409	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B (5MG+10000UI)/G UNGUENTO OFTA	GRAMO	$ 20.000
410	PENICILINA CRISTALINA de 1.000.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 4.000
411	PENICILINA G BENZATINICA de 1.200.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.067
412	PENICILINA G BENZATINICA de 2.400.000 UI AMPOLLA / VIAL PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 5.000
413	PENICILINA V POTASICA 250MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 12.000
414	PENTOXIFILINA de 400 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.352
415	PICOSULFATO 1.5 MCG/GOT MICROGRAMOS GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 13.714
416	PILOCARPINA 2% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 31.714
417	PILOCARPINA 5 MG de 5	TAB/CAPS/GRAG/	$ 424
418	PIPOTIAZINA PALMITATOSOLUCION PARENTERAL25MG/ML	AMPOLLA/VIAL	$ 5.956
419	PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO)250MG/5ML (base 5%) SUSPENSION	MILILITRO	$ 4.000
420	PIRANTEL (EMBONATO O / COMP250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/	$ 700
421	PIRANTEL / OXANTEL (250/250) MG/5ML JARABE/ ORAL	MILILITRO	$ 1.950
422	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA 25 MG. + 500 MG.	TAB/CAPS/GRAG/	$ 7.800
423	PLATA SULFADIAZINA 1% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 6.000
424	PODOFILINA 20% SOLUCIONTOPICA (EXTERNA)	MILILITRO	$ 11.523
425	POLIACRILICO ACIDO (0.2-0,25)% GEL OFTALMICO	GRAMO	$ 26.891
426	POLIETILENGLICOL + PROPILENGLICOL (4 + 3) MG/ML FRASCO COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 35.360
427	POLIETILENGLICOL 3350 5.9% POLVOS ORAL	SOBRE	$ 2.474
428	PRAZOSIN de 1 MGTAB/CAP/GRAGEA/PERLA	TAB/CAPS/GRAG/	$ 500
429	PREDNISOLONA (1-10) MG/ML de 1 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCIONES	MILILITRO	$ 12.000
430	PREDNISOLONA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
431	PREDNISONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.200
432	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS OVULOS VAGINAL	OVULO	$ 1.935
433	PROGESTERONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.450
434	PROPAFENONA de 150 MILIGRAMOS PARENTERAL	TAB/CAPS/GRAG/	$ 982
435	PROPARACAINA HCL 5MG/ML COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 93.571
436	PROPRANOLOL de 40 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
437	PSYLLIUM MUCILAGO 49-90% SOBRE GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 6.000
438	QUINAPRIL de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 920
439	QUINAPRIL de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.069
440	RETINOICO ACIDO + HIDROQUINONA 0.05 + (2-5)% CREMA TOPICA (EX	GRAMO	$ 68.143
441	RETINOICO ACIDO 0.025% CREMA/UNGUENTO/GEL TOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 64.143
442	RETINOICO ACIDO 0.05% CREMA/ tópica (EXTERNA)	GRAMO	$ 14.996
443	RIFAMPICINA de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.000
444	RISPERIDONA 1 MG/ml de 1 MI GOTAS ORAL	MILILITRO	$ 12.000
445	RISPERIDONA de 3 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.169
446	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP1MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 389
447	RISPERIDONATAB/CAPS/GRAG/ COMP2MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 779
448	SACCHAROMYCES BOULARDI 250 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 6.579
449	SALBUTAMOL (SULFATO)SOLUCION ORAL0.04% (2MG/5ML)	MILILITRO	$ 4.000
450	SALBUTAMOL 100MCG/PULV AEROSOL BUCAL	INHALACIÓN/DISPAR	$ 14.000
451	SALES DE REHIDRATACION ORALSOLUCION ORAL Aporte al menos 60 meq de sodi	MILILITRO	$ 8.357
452	SALES DE REHIDRATACION ORL GRANULADO/POLVO ORAL	SOBRE	$ 1.400
453	SECNIDAZOL 500MG/15ML JARABE SOLUCION ORAL	MILILITRO	$ 8.475
454	SECNIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.224
455	SERTRALINA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
456	SERTRALINA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
457	SOLUCION SALINA HIPERTONICA 5% COLIRIO OFTA	MILILITRO	$ 61.463
458	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% 100 ML de 100 MILILITRO BOLSA PARENTERAL	BOLSA PLASTICA EN PVC	$ 2.429
459	SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% GOTAS NASAL	MILILITRO	$ 2.239
460	SUCRALFATE 1G TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COM	TAB/CAPS/GRAG/	$ 337
461	SUCRALFATE 1G/5ML SUSPES ORAL	MILILITRO	$ 71.077
462	SULFACETAMIDA SODICA 10-15% COLIRIO OFTA	MILILITRO	$ 5.626
463	SULFASALAZINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 387

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
464	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.03%	GRAMO	$ 20.513
465	TACROLIMUSCREMA TOPICA0.10%	GRAMO	$ 31.429
466	TAMOXIFENO de 20 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 334
467	TAMSULOSINA de 0.4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.668
468	TECLOZAN de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 15.800
469	TEOFILINA 80MG/15ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.000
470	TEOFILINA LIBERACION LENTA 125MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 214
471	TEOFILINA LIBERACION LENTA 300MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
472	TERAZOSIN de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.500
473	TERBINAFINA 250MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.500
474	TETRACICLINA de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.000
475	TIAMINA (VITAMINA B1) de 100 MILIGRAMOS AMPOLLA / VIAL PARENT	AMPOLLA/VIAL	$ 8.000
476	TIAMINA (VITAMINA B1) de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
477	TIBOLONA de 2,5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.036
478	TIMOLOL + DORZOLAMIDA (0.5+2)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 10.179
479	TIMOLOL MALEATO 0.5% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 2.521
480	TIMOLOL+BIMATOPROSTSOLUCION OFTALMICA(5+0.3)MG/ML	MILILITRO	$ 48.357
481	TINIDAZOL de 200 MIL JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.000
482	TINIDAZOL de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 667
483	TIZANIDINA de 2 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 2.275
484	TIZANIDINA de 4 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 935
485	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (0,3+0,1)% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 12.000
486	TOBRAMICINA 0.3% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 9.999
487	TOPIRAMATO 100MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.695
488	TOPIRAMATO de 15 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 254
489	TOPIRAMATO de 25 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 423
490	TOPIRAMATO de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 847
491	TOXOIDE TETANICO 40U.I./0.5ML AMPOLLA PARE	AMPOLLA/VIAL	$ 12.000
492	TRAMADOL de 100 Mg/Ml JARABE ORAL	MILILITRO	$ 8.000
493	TRAMADOL de 50 MILIGRAMOS/MILILITRO SOLUCION INYECTABLE PA	AMPOLLA/VIAL	$ 3.000
494	TRAMADOL (CLORHIDRATO)SOLUCION PARENTERAL100MG/2ML	AMPOLLA/VIAL	$ 3.000
495	TRANEXAMICO ACIDO de 500 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 6.000
496	TRAVOPROST 0.004 % de COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 47.059
497	TRAZODONA de 100 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 673
498	TRAZODONA de 150 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 12.393
499	TRAZODONA de 50 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
500	TRIAMCINOLONA ACETONIDASUSPENSION PARENTERAL40MG/ML	AMPOLLA/VIAL	$ 20.000
501	TRIAMCINOLONA de 10 MILIGRAMOS/MILILITRO AMPOLLA PARENTERAL	AMPOLLA/VIAL	$ 57.300
502	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 578
503	TRIMEBUTINA MALEATOTAB/CAPS/GRAG/ COMP300MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 867
504	TRIMEBUTINASUSPENSION ORAL200MG/15ML	MILILITRO	$ 28.571
505	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (160+800)MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
506	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL (80+400)MG/5ML JARABE ORAL	MILILITRO	$ 7.000
507	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL 40+200MG/5ML JARABE	MILILITRO	$ 7.000
508	TROPICAMIDA 1% COLIRIO OFTALMICO	MILILITRO	$ 30.000
509	UREA 10% CREMA/UNGUENTO/GELTOPICA (EXTER	GRAMO	$ 32.999
510	URSODESOXICOLICO ACIDO de 300 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.260
511	VALPROICO ACIDO + VALPROATO DE SODIO 250MG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 974
512	VALPROICO ACIDO de 250 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.050
513	VALSARTAN de 160 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.376
514	VALSARTAN de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 688
515	VASELINA PURA USP de 100 % CREMA/	GRAMO	$ 11.429
516	VENLAFAXINA de 75 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.922
517	VERAPAMILO de 80 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
518	VERAPAMILO RETARD de 120 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 400
519	VERAPAMILO RETARD de 240 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 9.000

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA MÍNIMA PARA COMPARACIÓN	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA
520	VITAMINA A de 100.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
521	VITAMINA A de 50.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
522	VITAMINA D3 0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.124
523	VITAMINA E de 400 UI	TAB/CAPS/GRAG/	$ 800
524	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 2MG/ 0.2ML -AMPOLLA /	AMPOLLA/VIAL	$ 4.000
525	WARFARINA de 5 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600
526	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F GRANULADO OR	TARRO	$ 47.966
527	ZINC + MULTIVITAMINAS S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/	$ 1.071
528	ZINC OXIDO + NISTATINA (0,2 G+100.000 U.I.) / G CREMA/UNGUENTTOPICA (EXTERNA)	GRAMO	$ 16.546
529	ZOLPIDEM de 10 MILIGRAMOS	TAB/CAPS/GRAG/	$ 600

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación de convocatoria de mínima cuantía y el valor del precio techo establecido para cada ítem.

NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas, establecido en el cronograma del proceso.

NOTA 3: Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad. Comenzando por la oferta con mayor porcentaje único de descuento a la de menor porcentaje.

Nota 4: **El proponente deberá establecer el porcentaje de descuento en número entero, sin decimales,** El precio techo es inmodificable

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
CC:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

ANEXO No. 13

CERTIFICACION DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

NORTE DE SANTANDER _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que los medicamentos entregados a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional - La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, no serán entregados con fechas de vencimiento inferiores a un año. Cuando técnicamente no sea posible cumplir esta condición, la fecha de vencimiento en ningún caso podrá ser inferior al 75% de la vida útil del medicamento entregado

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

ANEXO No. 14

NORTE DE SANTANDER _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que el almacén (es) o la bodega central de medicamentos ofrecidos para la Contratación cumple (n) con los requisitos mínimos que enuncio a continuación:

- Medición de humedad y temperatura.
- Control de plagas
- Control red de frío
- Sección de controlados
- Zona de rechazados
- Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos.
- La fecha de vencimiento de los medicamentos a suministrar no será inferior un año.
- Todas las normas exigidas por el Ministerio de Protección Social, Secretaria de Salud y demás autoridades sanitarias para este efecto.

Lo anterior podrá ser verificado por la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander en cualquier momento durante la ejecución del contrato

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

Anexo: Certificación de BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS emitida por el INVIMA

ANEXO No. 15
CERTIFICACION DE INVENTARIO MINIMO

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que los puntos de suministro cuentan con un stock mínimo de treinta (30) días para el suministro de medicamentos.

Lo anterior podrá ser verificado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No5- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, en cualquier momento durante la ejecución del contrato

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

ANEXO No. 16

DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad de juramento certifico que dispongo de un Plan de GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada.

Lo anterior podrá ser verificado por la UNIDAD en cualquier momento durante la ejecución del contrato

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

ANEXO No. 17

CERTIFICACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CONSIDERADOS CASOS ESPECIALES

Cúcuta Norte de Santander _____

OFERENTE: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que durante la vigencia del contrato y por necesidad expresa del contratante, realizare la distribución y suministro de medicamentos considerados casos especiales:

- Medicamentos no ofertados por el contratista en su oferta.
- Cambio de marcas por desabastecimiento del laboratorio o Reemplazos por Fármaco-vigilancia.
- Medicamentos no incluidos en el ANEXO No. 2 y 21 FORMATO Y VALORACION DE LA OFERTA ECONOMICA

Garantizaré el suministro en el menor tiempo posible una vez se efectúe la comunicación por escrito al Contratista por parte del DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

ANEXO No. 18
CERTIFICACION CUBRIMIENTO DE LOS PUNTOS DE SUMINISTRO OFERTADOS, DIAS DE ATENCION Y HORARIOS

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que me comprometo a suministrar los medicamentos a los municipios y Corregimientos, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER., **los establecimientos habilitados para prestar el servicio atenderán** de lunes a Sábado durante la vigencia del mismo, con horario de atención de 07:00 a las 19:00 horas en jornada continuo de Lunes a Domingo, o en su defectos debido a la complejidad del orden público en ciertos municipios el cual no se logre obtener un establecimiento que pueda prestar el servicio nos comprometemos a dar cumplimiento de la entrega de los medicamentos en los diferentes distritos principales garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional o en la entrega de los mismos en un término no superior a 36 horas.

o	PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO)	NOMBRE DE LA DROGUERIA O FARMACIA	DIRECCION	TELEFONO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ARBOLEDAS					
2	BOCHALEMA					
3	BUCARASICA					
4	CÁCOTA					
5	CHINÁCOTA					
6	CHITAGÁ					
7	CUCUTILLA					
8	DURANIA					
9	EL TARRA					
10	EL ZULIA					
11	GRAMALOTE					
12	HERRÁN					
13	LABATECA					
14	LOURDES					
15	MUTISCUA					
16	PAMPLONITA					
17	PUERTO SANTANDER					
18	RAGONVALIA					
19	SALAZAR DE LA PALMAS					
20	SAN CAYETANO					
21	SANTIAGO					
22	SARDINATA					
23	SILOS					
24	TEORAMA					
25	TIBÚ					
26	TOLEDO					
27	VILLA CARO					
28	AGUA CLARA					
29	BANCO DE ARENA					
30	BUENA ESPERANZA					
31	CAMPO DOS					
32	CARMEN DE NAZARETH					
33	CORNEJO					
34	EL TARRA					
35	GUAMALITO					
36	LA DON JUANA					
37	LA GABARRA					
38	LAS MERCEDES					
39	PETROLEA					
40	REFINERÍAS					
41	TRES BOCAS					

Lo anterior podrá ser verificado por la UPRESM DENOR en cualquier momento durante la ejecución del contrato

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCION:
TELEFONO:

ANEXO 19

ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2)

"Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

ANEXO No. 20

ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2)

"Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

ANEXO No. 21

(Plan de Servicios de Sanidad Policial - Acuerdo 002 CSSMP de 2001)

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

ANEXO No. 22

(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo 052 DEL 2013)
(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

ANEXO No. 23
(Resolución No. 057del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 Por la cual de modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014)

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bucaramanga,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5
Ciudad.

Ref.: Proceso de mínima cuantía **PN RASES N°5 MIC 052 2021**, que tiene por objeto el **"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER**

Apreciados Señores:

El suscrito _____ , identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____de la entidad_____, en atención a la CONTRATACIÓN de la referencia, que tiene por objeto el **"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN ACUERDO 052 DEL 2013 A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, RESIDENTES EN MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER** Me permito presentar propuesta seria y formal para participar en el mencionado proceso de contratación. El objeto y condiciones técnicas del proceso se encuentran detalladamente enunciados en la invitaciónón y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida al mismo, teniendo en cuenta su descripción y especificaciones técnicas.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formatos.
2. Que en caso de resultar favorecido con la adjudicación de la CONTRATACIÓN me comprometo a suscribir el correspondiente contrato y a otorgar las garantías exigidas dentro de los plazos, por los valores y con las vigencias establecidas para ello.
3. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
4. Que bajo la gravedad del juramento declaro que no existe respecto del OFERENTE, sus asociados, su representante legal o dependientes incapacidades o causales de inhabilidad o incompatibilidad alguna de acuerdo con la Constitución Nacional, Leyes 80/93, 1150/2007 y demás normas vigentes que puedan impedir o vicien la presentación de nuestra oferta o la firma del Contrato que pudiera resultar de la eventual adjudicación.
5. Que ninguna persona natural o jurídica diferente del OFERENTE tiene interés en la oferta que ahora presento, ni en el contrato que como consecuencia de su evaluación y eventual adjudicación pudiera llegarse a celebrar y que en consecuencia solo compromete y obliga a los firmantes.
6. Que en cualquier defecto, error y omisión que pudiese haberse presentado en la elaboración de la OFERTA que someto a su consideración o en su contenido por causa imputable al OFERENTE o por simple interpretación errónea o desviada de las condiciones establecidas en los términos, son de mi exclusivo riesgo y responsabilidad, en relación con los cuales tuve oportunidad de pedir las aclaraciones y solicitar las correcciones en el período fijado para ello.
7. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
8. Que la oferta que ahora sometemos a su consideración tiene validez desde la fecha del cierre de CONTRATACIÓN y hasta por el término de ciento veinte (120) días calendario.
9. Así mismo me hago responsable si la OFERTA presentada se concluye que he fijado condiciones económicas y de CONTRATACIÓN artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
10. Que bajo la gravedad del juramento declaro que no existe respecto de la OFERENTE cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales o liquidación.
11. Que el aquí OFERENTE conoce y ha estudiado en detalle por su cuenta y sin limitarse a la información proporcionada por la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, todo lo relacionado con la naturaleza de las obligaciones que asume; con los sitios y bienes donde ha de cumplirlos y en relación con todo lo necesario para cumplir con el contrato, con los aspectos del mercado, con las condiciones físicas, ambientales y de seguridad del lugar donde debe dar cumplimiento a la ejecución del objeto contractual, con las leyes y demás normas aplicables al contratante y las obligaciones que se derivan del contrato para las partes que lo suscriban. Por lo tanto, ningún hecho relacionado con estos asuntos, susceptible de preverse con un estudio cuidadoso y detallado realizado con los medios idóneos para ello, dará lugar a la presentación de reclamo alguno o a solicitar declaraciones de imprevisión o alteración del equilibrio económico del contrato, en caso de llegar a ser adjudicado en favor nuestro. Esta afirmación la hago bajo la gravedad del juramento.
12. Que asumo exclusiva responsabilidad sobre los costos que han conllevado la presentación de esta OFERTA.
13. Que en el precio ofertado se encuentran incluidos los costos proyectados al plazo previsto en estos parámetros para la ejecución del contrato, así como la utilidad razonable que se espera percibir, por ende en el evento de adjudicársenos el contrato no solicitaré restablecimiento de la ecuación financiera bajo el argumento de que el precio ofrecido o el tiempo de ejecución nos causó pérdidas económicas.
14. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales expedido por la Contraloría General de la República, de conformidad con el artículo 60 de la Ley 610 de 2.000.
15. Reconocemos que ni LA DIRECCIÓN DE SANIDAD, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las

cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
16. Que declaramos bajo la gravedad del juramento que se entiende presentado con la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma ni en la documentación que se anexa a la oferta, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información apartada con la propuesta o en las declaraciones contenidas en la presenta carta de presentación de la oferta.
17. Para todos los efectos les informo los siguientes datos:
18. Que me obligo a suministrar a solicitud de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
19. La presente propuesta tiene como tiempo de ejecución _____

- Que la vigencia de la presente oferta es de _____, contados a partir de la presentación de la misma.

- Que nuestra propuesta económica; se encuentra descrita en el correspondiente Anexo designado para ello.

Cordialmente, _____

(**Firma del Representante Legal del proponente**)

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida/terminada en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____ C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____ Correo Electrónico: _____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CREDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

(ADJUNTAR ORIGINAL DE CERTIFICACIÓN BANCARIA VIGENTE)

_____

Firma Gerente Entidad Contratante
Cedula de Ciudadanía.

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en_____ , quien obra en calidad de_____de la entidad _____, que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 adelanta un proceso de minima cuantia para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de minima cuantia aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.
EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,
1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;
1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de minima cuantia y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;
b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de minima cuantia.

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

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

EL PROPONENTE:

(**Nombre, número del documento de identificación y firma del Proponente o su Representante**).